

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA  
CENTRO SÓCIO ECONÔMICO  
DEPARTAMENTO DE SERVIÇO SOCIAL**

**BETINA AHLERT**

**O PAPEL DO SERVIÇO SOCIAL NA SAÚDE MENTAL**

  
**Teresa Kleba Lisboa**  
Chefe do Depto. de Serviço Social  
CSE/UFSC

DEPTO. SERVIÇO SOCIAL  
DEFENDIDO E APROVADO  
EM: 09/08/2005

**Florianópolis, Agosto de 2005.**

**BETINA AHLERT**

**O PAPEL DO SERVIÇO SOCIAL NA SAÚDE MENTAL**

Trabalho de Conclusão de Curso,  
apresentado como requisito parcial  
para obtenção do título de bacharel em  
Serviço Social, Departamento de  
Serviço Social, Centro Sócio-  
Econômico, Universidade Federal de  
Santa Catarina.

Orientadora: Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Myriam  
Raquel Mitjavila.

**Florianópolis, Agosto de 2005.**



**BETINA AHLERT**

## **O PAPEL DO SERVIÇO SOCIAL NA SAÚDE MENTAL**

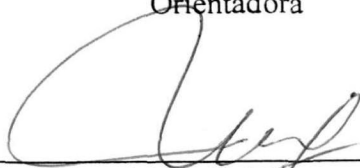
Trabalho de Conclusão de Curso aprovado como requisito parcial para obtenção do título de bacharel no curso de Serviço Social, do Departamento de Serviço Social, do Centro Sócio Econômico, da Universidade Federal de Santa Catarina.

### **Banca Examinadora**



---

Profª. Dra. Myriam Raquel Mitjavila  
Orientadora



---

Profª. Dra. Maria Del Carmem Cortizo  
1ª Examinadora



---

Maria Sirene Cordioli – Assistente Social  
2ª Examinadora

**Florianópolis, Agosto 2005.**

*É melhor tentar e falhar,  
que preocupar-se e ver a vida passar.  
É melhor tentar, ainda que em vão,  
que sentar-se fazendo nada até o final.  
Eu prefiro na chuva caminhar,  
que em dias tristes em casa me esconder.  
Prefiro ser feliz, embora louco,  
que em conformidade viver.*

*Martin Luther King*

## AGRADECIMENTOS

*Agradeço primeiramente à Deus por ter me acompanhado em todo esse processo de aprendizagem.*

*Aos pacientes do Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico pela vivência que despertou ao interesse por esse tema tão fantástico e surpreendente.*

*Aos meus pais, Elsbeth e Rosemar, pelo incentivo e pelas diferentes propostas de vida que possibilitaram visualizar.*

*Às minhas irmãs, Martina e Celina, pelas idéias compartilhadas.*

*Ao Thiago, pela enorme paciência e incentivo nesse momento pouco tranquilo.*

*À professora Myriam Raquel Mitjavila pela orientação durante esse semestre.*

*À todos os profissionais e professores que nesse momento de aprendizagem souberam partilhar possibilidades emancipadoras do fazer profissional.*

*À todos os amigos e amigas que souberam tornar esse período de faculdade inesquecível, por vários motivos é claro...*

*Àquelas pessoas que cotidianamente com os pés no chão ousam sonhar, e construir novas possibilidades na luta pela cidadania e justiça social.*

## RESUMO

O presente Trabalho de Conclusão de Curso tem como principal objetivo realizar um mapeamento das produções no interior do Serviço Social que apresentam como temática central a saúde mental, produções essas dos três últimos ENPES e três últimos CBAS, com o objetivo de identificar as tendências, perspectivas e desafios que se colocam para o Serviço Social. Inicialmente realizamos uma análise da inserção das ciências sociais no campo da saúde em geral e da saúde mental em particular, identificando as dimensões sócio-políticas e culturais que o compõe. O segundo capítulo contextualiza a trajetória do Serviço Social quando da sua inserção no campo da saúde mental no mundo e no Brasil e como hoje está estruturado em relação às políticas públicas. O terceiro capítulo traz a metodologia utilizada para a realização da pesquisa empírica. O quarto e último capítulo constitui-se dos resultados da pesquisa realizada inicialmente em torno do perfil e da agenda temática dos trabalhos dos ENPES e CBAS, e posteriormente da análise da relação entre os trabalhos e as dimensões sócio-políticas e culturais da saúde mental, apontadas no primeiro capítulo. Os resultados da pesquisa evidenciam que a produção vem aumentando com o passar dos encontros, que ela se concentra, em sua maioria, nas universidades públicas, da região sudeste do país, que os autores possuem diferentes titulações, mas percebe-se uma concentração nas titulações de mestrado e doutorado em andamento. Quanto a relação dos trabalhos com as dimensões que nos são demonstradas nas ciências sociais, percebemos que elas demonstram seguir as tendências das dimensões das ciências sociais.

**Palavras-chave:** Saúde Mental, Serviço Social, produção teórica.

## LISTA DE TABELAS

TABELA 1: Produção por instituição.....	76
TABELA 2: Região de origem dos trabalhos.....	77
TABELA 3: Titulação dos autores.....	79
TABELA 4: Titulação dos autores segundo nome do primeiro autor.....	80
TABELA 5: Natureza das produções.....	82
TABELA 6: Natureza das produções e a titulação do autor.....	83
TABELA 7: Distribuição de produção por ano.....	84
TABELA 8: Distribuição da produção por evento.....	85
TABELA 9: Número de produções por ano e evento.....	85
TABELA 10: Divisão e incidência de temáticas nas produções.....	90
TABELA 11: Divisão da produção por unidades de análise.....	91

## SUMÁRIO

<b>RESUMO.....</b>	<b>04</b>
<b>LISTA DE TABELAS.....</b>	<b>05</b>
<b>INTRODUÇÃO.....</b>	<b>07</b>
<b>1 A SAÚDE MENTAL E AS CIÊNCIAS SOCIAIS: DIMENSÕES SÓCIO-POLÍTICAS E CULTURAIS.....</b>	<b>12</b>
1.1 Ações de Defesa e Movimentos Sociais de usuários, familiares e profissionais de Saúde Mental.....	21
1.2 Políticas Públicas e Reforma Psiquiátrica.....	24
1.3 Assistência e cuidados em Saúde Mental.....	30
1.4 Desigualdades sociais em Saúde Mental.....	34
1.5 Percepções sociais sobre a loucura, a doença e a Saúde Mental.....	39
<b>2 A ÁREA DA SAÚDE MENTAL COMO CAMPO DE ATUAÇÃO DO SERVIÇO SOCIAL.....</b>	<b>45</b>
2.1 Aspectos históricos: origem e trajetória do Serviço Social.....	45
2.1 Saúde Mental e Serviço Social no Brasil atual.....	63
<b>3 METODOLOGIA.....</b>	<b>70</b>
3.1 Universo e amostra de pesquisa.....	70
3.2 Critérios de inclusão/exclusão de produções.....	71
3.3 Análise das informações.....	72
<b>4 PERFIL DA PRODUÇÃO DO SERVIÇO SOCIAL EM SAÚDE MENTAL: OS TRABALHOS APRESENTADOS NO CBAS E ENPESS.....</b>	<b>75</b>
4.1 Perfil das produções.....	75
4.2 A agenda temática e as orientações teórico-metodológicas.....	86
<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>109</b>
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>114</b>
<b>ANEXOS.....</b>	<b>117</b>
ANEXO A: Bibliografia de análise.....	118
ANEXO B: Caracterização da produção.....	123
ANEXO C: Análise dos trabalhos do CBAS e ENPESS.....	137

## INTRODUÇÃO

O presente trabalho é parte integrante do currículo do curso de Serviço Social e pré-requisito para obtenção do título de bacharel em Serviço Social pela Universidade Federal de Santa Catarina.

A loucura e a saúde mental sempre despertaram diferentes sentimentos na população, sentimentos de desconhecimento, de preconceito, de discriminação, de pena. As ações do Estado em relação à loucura aparecem, muitas vezes, condicionados as idéias da psiquiatria e a acontecimentos políticos em curso no país. Nesse sentido é que a expansão do capitalismo e a ênfase no mundo do trabalho, foram fatores que determinaram que aqueles considerados inaptos para o mesmo eram também inaptos para a vida social, ou ainda, como forma de erradicar a pobreza, que colocava em risco a ordem social, as pessoas que viviam nas ruas deveriam ser levadas para a internação.

Com o passar do tempo, as idéias sobre a loucura vão tomando outras formas preconizadas por movimentos tanto em nível mundial, como a reforma psiquiátrica na Itália, quanto em nível nacional, pelo Movimento de Reforma Psiquiátrica e o Movimento de Trabalhadores em Saúde Mental.

Em decorrência das experiências internacionais, da luta dos movimentos sociais no país, e das denúncias de abandono e maus tratos nos hospitais psiquiátricos, evidencia-se o processo de reforma psiquiátrica no país, que tem influência sobre várias áreas da sociedade. Legalmente ganhou reconhecimento por meio de portarias ministeriais e pela aprovação, doze anos depois de sua apresentação pelo Deputado Paulo Delgado (PT – MG), da Lei nº 10.216/01, a Lei de Reforma Psiquiátrica. O principal eixo do processo de reforma psiquiátrica é a substituição dos leitos em hospitais psiquiátricos por leitos em hospitais gerais e

atendimentos em serviços comunitários e abertos, como os Hospitais-Dia, os Centros de Atenção Psicossocial – CAPS – e os Núcleos de Atenção Psicossocial – NAPS.

As mudanças no campo estrutural são acompanhadas pelas mudanças no campo dos saberes que envolvem a questão da loucura. Dessa forma deixando de se basear somente nos saberes da psiquiatria, se torna um campo de conhecimento interdisciplinar intitulado saúde mental, envolvendo um rol de disciplinas que integra outras áreas como a psicologia, a psicanálise, a sociologia, a enfermagem, o Serviço Social, entre outros.

Os avanços teóricos, legislativos e assistenciais em saúde mental colocam em um novo patamar as relações entre os profissionais, os serviços de saúde mental e o grupo familiar. Esse grupo familiar muda de posição com o processo de reforma psiquiátrica, deixando de ser considerado culpado pelo transtorno mental, passa a ser protagonista desse processo e local ideal para que se efetive a vivência e o cuidado do portador de transtorno mental – PTM. Essa nova situação que se coloca nas políticas de saúde mental no país produz impactos nas famílias, e exige mudanças na relação entre as famílias e os serviços de atendimento. Assim, também, a prática profissional passa a ser alvo de mudanças, tornando-se uma prática interdisciplinar e mais humanizada.

Percebemos que várias mudanças são preconizadas pelo processo de reforma psiquiátrica, e que pretendem instituir novas práticas. Muitas dessas mudanças já estão em curso no país, mas ainda continuamos convivendo com o antigo modelo de hospitalização e internação. Vale destacar aqui que não é somente essa dupla forma de atendimento (internação e serviços abertos) que tem causado impactos na efetivação das políticas de saúde mental, mas também o processo de Reforma do Estado, que é parte da política neoliberal e que tende a repassar grande parte da responsabilidade sobre as políticas sociais para a sociedade civil, por meio do chamado Terceiro Setor.



É neste campo de conhecimento e de trabalho que o Serviço Social se insere nos Estados Unidos desde 1905. Contudo, é no pós Segunda Guerra Mundial que essa inserção ganha mais ênfase e institui-se como uma profissão auxiliar, submissa ao poder da medicina e da psiquiatria e destinada a trabalhar no sentido do “reajustamento” do PTM após a alta hospitalar. Por ser o Estado o institucionalizador e, desde aquela época, o maior empregador de profissionais de Serviço Social, a profissão sempre sofreu fortes influências das determinações estatais nos seus campos de trabalho.

Com o movimento de reconceituação profissional, iniciado nas décadas de 60 e 70, a profissão passa a possuir bases construídas na realidade, passa a reconhecer nas especificidades da questão social suas possibilidades de intervenção. Contudo o campo da saúde mental, segundo Vasconcelos (2000), os temas relacionados à subjetividade, ao inconsciente, à sexualidade e a emoção não recebem muita atenção.

Com o trabalho em saúde mental entendido como um campo interdisciplinar, o Serviço Social, assim como outras disciplinas, recebeu um status de igualdade com a disciplina médica. O assistente social constitui-se um profissional especializado para trabalhar com o aspecto social que permeia os trabalhos com saúde mental, muitas vezes associado ao trabalho com os familiares e com a comunidade num sentido de garantia dos direitos do PTM e sua família.

Este trabalho é resultado de interesse sobre o campo da saúde mental como campo de inserção e pesquisa do Serviço Social, propiciados pela experiência de estágio não-obrigatório realizado no Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico – HCTP – da Secretaria de Segurança Pública e Defesa do Cidadão do Estado de Santa Catarina. Também da posterior constatação da pequena produção bibliográfica que possui o Serviço Social sobre este campo, sendo até mesmo pouco trabalhada na academia. Resultou também da indagação

de quais seriam as particularidades do social nesse campo de conhecimento, e em decorrência disso, o que estaria sendo pesquisado e dado ênfase no interior do Serviço Social.

O objetivo do trabalho é realizar um mapeamento da produção sobre saúde mental no interior do Serviço Social, buscando identificar tendências, perspectivas e desafios que se colocam para o profissional. Os objetivos específicos constituíram-se de: a) identificar as dimensões sócio-políticas e culturais da saúde em geral e da saúde mental em particular presentes nas ciências sociais e sua relação com as produções realizadas no interior do Serviço Social; b) identificar o perfil e a agenda teórico-metodológica das produções apresentadas nos três últimos Encontros Nacionais de Pesquisadores em Serviço Social - ENPESS - e três últimos Congressos Brasileiros de Assistentes Sociais - CBAS; c) identificar a inserção do Serviço Social no campo da saúde mental.

Para efetivação do objetivo desse trabalho, realizamos pesquisa empírica de natureza exploratória sobre as produções apresentadas nos ENPESS de 2000, 2002, e 2004, e CBAS de 1998, 2001, 2004, com vistas a identificar alguns elementos que contribuem para uma análise das potencialidades e dos limites que apresenta a produção de Serviço Social nesse campo. E também relacionar a produção do Serviço Social com as dimensões sócio-políticas e culturais das ciências sociais.

O trabalho está estruturado de forma a apresentar no primeiro capítulo as dimensões sócio-políticas e culturais da saúde mental que evidenciam-se nas ciências sociais. Buscando nos estudos do campo das ciências sociais em que momentos estão presentes a inserção de fatores sociais sobre a saúde, a doença e a loucura.

No segundo capítulo reportamo-nos à inserção e a trajetória do Serviço Social no campo da saúde mental no mundo, algumas tendências internacionais e acontecimentos importantes que condicionaram a inserção do profissional de Serviço Social no Brasil, e como

atualmente o profissional de Serviço Social de insere neste campo em virtude das mudanças que aconteceram nas bases do atendimento em saúde mental.

O terceiro capítulo constitui a metodologia do trabalho, apresentando as estratégias utilizadas para que os objetivos fossem alcançados.

O quarto capítulo se constitui dos resultados da pesquisa. Trata-se da realização do perfil dos 47 trabalhos apresentados nos CBAS e ENPESS que dizem respeito à saúde mental, assim como a análise das agendas temáticas dessas produções. Posteriormente, ainda no quarto capítulo, realizamos uma análise da inserção do conteúdo das produções em relação às dimensões sócio-políticas e culturais das ciências sociais na saúde mental, relacionadas no primeiro capítulo.

O quarto capítulo é seguido das considerações finais, que apresentam os encaminhamentos e alcances possíveis de análise. E finalmente, das referências bibliográficas utilizadas para consecução dos trabalhos, e os anexos, que são os passos necessários para a realização da pesquisa.

## 1 A SAÚDE MENTAL E AS CIÊNCIAS SOCIAIS: DIMENSÕES SÓCIO-POLÍTICAS E CULTURAIS

Para analisar a inserção do Serviço Social no campo da saúde mental torna-se necessário uma primeira análise de como se dá a relação entre as ciências sociais e a saúde mental. Para isso realizamos um pequeno levantamento bibliográfico no campo das ciências sociais em saúde e em saúde mental, buscando identificar a trajetória de relação dessas duas áreas, e também identificar que fatores sociais estão presentes e quando os cientistas sociais e psiquiatras relacionam as especificidades de cada uma, formando um novo campo de conhecimento.

Constitui-se importante essa análise na medida em que entendemos o Serviço Social como parte das ciências sociais aplicadas, que apresenta como objetivo de intervenção trabalhar com as expressões da questão social presentes na sociedade em decorrência da expansão capitalista<sup>1</sup>. Assim, quando o profissional de Serviço Social realiza sua intervenção no campo da saúde, e especificamente da saúde mental, irá intervir com base nas dimensões sócio-políticas e culturais dessas áreas, visto que essas dimensões são componentes desse campo. Diante disso, acreditamos ser necessário buscar nas ciências sociais as dimensões do campo da saúde mental que demonstram o que há de social nesse campo e o que deve ser considerado no momento de intervenção, para que a análise do Serviço Social seja pertinente e a efetivação do projeto ético-político possa acontecer.

Buscando nos clássicos das ciências sociais que estudam a saúde mental, identificamos importante contribuição na obra de Bastide (1965), chamada *Sociologia das doenças mentais*. O autor sugere que as matrizes da sociologia das “doenças mentais” surgem

---

<sup>1</sup> Uma maior análise do profissional de Serviço Social será realizada no capítulo seguinte.

no mesmo momento que a sociologia, pois ambas possuem o mesmo fundador, Comte. Comte entendia a loucura como um pensamento egoísta, de revolta do indivíduo contra a humanidade. Embasado pelo positivismo, o autor apresenta tanto essa definição sociológica da loucura, quanto um estudo do condicionamento sociológico de aparição da mesma.

Depois de Comte, Morel realiza um estudo apresentando aspectos bastante trabalhados por autores posteriores tanto em nível nacional quanto internacional. Ele baseou seus estudos na busca de esclarecer os fatores sociais que determinam a saúde mental, tema recorrente de tendências nessa área. Nesse sentido Bastide (1965, p. 21) coloca que na produção de Morel há um “paralelismo entre o aumento da criminalidade, fenômeno de patologia social, e o aumento do número de doentes mentais, fenômeno de patologia nervosa. Ele não conclui que todos os criminosos sejam degenerados, mas pensa que deve haver uma relação entre os dois fatos”. Morel e Comte fizeram um caminho inverso nesse sentido, enquanto Comte mostrava sobretudo a influência dos fatores sociais sobre as “doenças mentais”, Morel mostrava os efeitos das “doenças mentais” sobre a sociedade.

Vários autores realizaram produções nessa área, como, por exemplo, Durkheim, que não aplicava o conceito de doenças mentais no sentido social, porque acreditava que elas surgiam de fatores estritamente fisiológicos ou psicológicos.

Nessa perspectiva de análise, no final de século XIX e começo XX, o campo das ciências sociais na saúde mental é composto por dois movimentos, “um que parte da sociologia em direção à psiquiatria, e outro que segue a marcha inversa; mas um e outro tendem a mesma conclusão, de que há uma dimensão social na doença mental” (BASTIDE, 1965, p. 25). É também nesse período que o Dr. Piere Janet explica o aumento das neuroses com base na complexidade crescente da vida social.

A corrente sociológica do marxismo também desemboca na sociologia da saúde mental, ela é composta internamente por duas tendências, uma se baseia no conceito de luta de classes e de alienação, e possui como foco as condições econômicas de vida, e a outra, da psiquiatria soviética ortodoxa é baseada no pavlovismo e na teoria dos reflexos condicionados. A primeira conclui que há necessidade de melhorar as condições de vida da população, e que a forma disso acontecer está na crença de que a passagem da sociedade capitalista para a sociedade comunista faria desaparecer as neuroses. A segunda tendência aponta para uma terapêutica sociológica, onde se parte da premissa que o meio coloca em perigo o indivíduo que acaba por esgotar seus recursos nervosos, necessitando, portanto, “reforçar o sistema nervoso central criando um meio onde o homem se sinta em segurança; de outro lado, condicionando sempre melhor os reflexos alimentar e de defesa [...]” (BASTIDE, 1965, p. 28).

A psicanálise permeia o campo da saúde e da saúde mental, no que diz respeito a sua relação com a sociologia. Freud, seu grande precursor, anula os fatores sócio-econômicos - em particular da luta de classes - no sentido de que estes influenciam fatores biológicos e fatores sexuais. Contudo, mesmo que indiretamente, a psicanálise conduz ao reconhecimento do valor da sociologia em vários aspectos, como quando busca analisar os fatores familiares apontando que distúrbios podem ser desencadeados, mesmo que na primeira infância, pelas situações vivenciadas pelos indivíduos no meio social. Bastide (1965) coloca que, apesar do sociólogo ter presente esses fatores, ele não pode esquecer que as forças econômicas e sociais possuem influência sobre a família, e através dela também sobre a criança.

Nesse sentido, nos Estados Unidos o que se produzia na área da sociologia da saúde mental eram simples acumulações de pesquisas empíricas restritas, quando comparadas às pesquisas realizadas na Europa, contudo mesmo assim são consideradas importantes. Segundo Bastide (1965), o primeiro trabalho que foi classificado como sociologia das

“doenças mentais” foi o trabalho de Thomas, um estudo sobre camponeses poloneses emigrados nesse país. Esse trabalho mostrou que a desintegração social do migrante em seu novo meio possui efeitos sobre sua delinquência e sobre a porcentagem mais elevada das “doenças mentais” em seu país de origem. A partir desse estudo de Thomas, as pesquisas nessa área começaram a acontecer em maior número.

As pesquisas nos Estados Unidos seguem três categorias, conforme o autor citado acima, a primeira categoria abarcava as pesquisas que possuem como objeto as dimensões sociais e culturais das doenças mentais, a segunda categoria é das pesquisas que têm por objeto as relações sociais na terapia, e a terceira as que definem a prevenção como uma tarefa social.

A construção dessas pesquisas demonstra que elas são diversas e muitas vezes até contraditórias, contudo todas entendem a cultura, o sistema social e a personalidade como variáveis funcionais, interdependentes e interligadas. E todas permitem que seus estudos particulares sejam integrados em um mesmo quadro de conjunto, “passando do concreto ao teórico” (BASTIDE, 1965, p. 37).

Cabe ainda destacar a teoria de um sociólogo bastante importante na construção da sociologia da saúde mental, qual seja Talcott Parsons, com a teoria sociológica do desvio. Essa teoria apresentava suas bases na premissa de que o sistema da personalidade não é senão a tradução, dentro do ser, de um sistema social. Bastide (1965) apresenta os três casos dentro da teoria do desvio que Parsons distingue, o primeiro entende a personalidade como indissociável com relação ao sistema social; o segundo caso entende que o indivíduo é tão absorvido pelo social que sua personalidade própria é destruída; o terceiro caso entende que o sistema social é desorganizado e o “doente” interioriza essa desagregação.



Goffman (1974) em *Manicômios, prisões e conventos* nos fala sobre o estranhamento de um estudo sociológico sobre algo que nos parece tão individual e psicológico quando a doença/saúde mental. Com base em análises sobre instituições totais<sup>2</sup> de maneira geral e sobre hospitais psiquiátricos especificamente, demonstra que a saúde mental pode ser analisada pelo ângulo sociológico. A análise sociológica se faz presente, por exemplo, na análise da instituição: a “entrada” da pessoa em um hospital psiquiátrico e assim sua transformação em paciente (logo em doente mental); as práticas compartilhadas pela equipe dirigente da instituição e como estas práticas afetam a estrutura do EU, demonstrando que ela é socialmente construída; a especificidade do ambiente; como a equipe dirigente delinea o perfil do paciente através de suas disposições; os fatores presentes no processo de desinstitucionalização; entre outras coisas.

Goffman (1974) demonstra que a doença e a saúde são relativas a contextos situacionais, históricos e sociais. Tanto a doença, quanto o que é considerado sintoma dela é contextualmente definido. Assim, no momento de ingresso num hospital psiquiátrico algo que pode ser lido como sintoma de doença mental nunca seria assim percebido em outros locais e situações. Assim, o autor acredita que “ser” doente mental depende de várias circunstâncias, como a proximidade à hospitais, a pressão da família, entre outros.

Seguindo a linha de que fatores de natureza social influenciam nas causas e definições de doenças e saúde, Fernández e Mitjavila (1988), apontam que há argumentos científicos suficientes para se acreditar que tanto a saúde, como a doença, não existem em si mesmas na natureza, mas são construções sociais e , portanto, pessoas podem ficar doentes ou

---

<sup>2</sup> Segundo Goffman (1974): “uma instituição total pode ser definida como um local de resistência e trabalho onde o grande número de indivíduos com situação semelhante, separados da sociedade mais ampla por considerável período de tempo, levam uma vida fechada e formalmente administrada” (GOFFMAN, 1974, p. 11).



até mesmo morrer em condições consideradas favoráveis de funcionamento fisiológico do corpo, ou mesmo viver em condições não favoráveis. Assim,

Las condiciones del ambiente físico, las prácticas alimentarias, el acceso al consumo de bienes e servicios, la educación, los valores, la clase social, las condiciones ocupacionales, la posición en las relaciones de poder, la pertenencia a grupos sociales, la disponibilidad y calidad de los cuidados médicos, las formas de sociabilidad, el uso del ocio, las tradiciones y las costumbres respecto al cuerpo y a la enfermedad, ideas religiosas constituyen algunos de los innumerables factores de naturaleza sociocultural que presentan una comprobada participación en las cadenas causales que culminan en enfermedad. (FERNÁNDEZ e MITJAVILA, 1988, p.506)<sup>3</sup>.

No Brasil, uma das produções que abarca o período de constituição da medicina social e da psiquiatria no Brasil é o livro de Machado et. al. (1978), intitulado *Danação da norma: medicina social e constituição da psiquiatria no Brasil*. O livro aponta a constituição desses dois saberes como característicos de uma sociedade capitalista. Entende que medicina renasce como um novo tipo de saber e poder e que, portanto, apresenta uma dimensão política, utilizada como instrumento técnico-científico usado direta ou indiretamente pelo Estado. Assim, o livro demonstra interesse em analisar de modo crítico o “funcionamento da sociedade ao nível do cotidiano, dos aparelhos que assumem a gestão de nossas vidas, das instituições que produzem, aperfeiçoam ou orientam nosso comportamento” (MACHADO, 1978, p. 12-13).

Os estudos que estavam sendo produzidos no Brasil nas décadas de 60 e 70 levam a perceber que a produção nacional continha muitas características das tendências e produções internacionais, como as influências de movimentos que se constituíram mesmo antes do

---

<sup>3</sup> As condições do ambiente físico, as práticas alimentares, o acesso ao consumo de bens e serviços, a educação, os valores, a classe social, as condições ocupacionais, a posição nas relações de poder, o pertencimento a grupos sociais, a disponibilidade e qualidade dos cuidados médicos, as formas de sociabilidade, o ócio, as tradições e os costumes a respeito do corpo e da doença, as idéias religiosas, constituem alguns dos inumeráveis fatores de natureza sócio-cultural que apresentam comprovada participação nas cadeias de causas que culminam na doença. (FERNÁNDEZ e MITJAVILA, 1988, p. 506).

reconhecimento da sociologia da saúde como campo de conhecimento, fato que acontece no pós Segunda Guerra Mundial. Exemplos desses movimentos são a medicina social na França, que buscava superar as idéias da polícia médica, da higiene pública e da medicina legal, que tinham no Estado seu principal interventor; e da sociologia médica nos Estados Unidos, que possuía como seu principal interesse e preocupação acadêmica as leis que regulamentam as relações entre a profissão médica e a sociedade.

Nunes (1999) analisa a trajetória história da inserção da sociologia da saúde no Brasil e coloca que no país somente se começou a desenvolver estudos realmente sistemáticos das ciências sociais na área da saúde a partir dos anos 60 “quando se estabelece intensa crítica sobre o modelo biomédico orientador da formação médica” (NUNES, 1999, p.158). É nesse período que surgem propostas para a incorporação de disciplinas do campo da sociologia nas faculdades de medicina. A partir da segunda metade dos anos 70, até os anos 80, as ciências sociais em saúde passam pelo que se caracteriza como um momento de identificação e legitimação, onde ao lado da corrente marxista que compunha o campo teórico, há a corrente estruturalista, formada por “Michael Foucault e Claude Levi Strauss, onde muitas discussões voltam-se para o campo da psiquiatria, nos textos de Robert Castel, Robert Laing, David Cooper, Franco Basaglia” (NUNES, 1999, p.159).

O autor ainda realiza um levantamento do que os estudiosos em sociologia da saúde estavam produzindo nessas décadas e conclui que as produções sofriam forte impacto de acontecimentos políticos e econômicos que aconteciam no Brasil. As produções do campo das ciências sociais em saúde nesse período, em geral consideravam como sociais que tratavam das relações entre a medicina e sociedade, medicina estatal, análises históricas e programas de saúde. Nunes (1965) ainda aponta que na área da saúde mental produção importante foi a de

Machado et. al. (1978), a qual citamos acima sobre as origens da medicina social e da psiquiatria no Brasil.

Segundo Donnangelo (1983 *apud* NUNES, 1999, p. 162) “o social já não aparece sob a forma de uma variável adicionada ao elenco de fatores causais da doença, mas como um campo estruturado no interior do qual a doença adquire um específico significado social”. Várias produções são realizadas nesse período visando ilustrar que a doença pode ser mais bem compreendida quando analisada em relação as suas dimensões políticas e históricas.

Ainda segundo Nunes (1999) a antropologia nesse período também produz trabalhos na área da saúde, alguns sobre representações sobre a saúde e a doença como o de Monteiro (1985) e o de Queiroz (1982), como os de representações sobre serviços de saúde e das práticas populares (Loyola, 1983), entre outros.

Os relatos acima constituem uma tentativa de retratar como se constituiu a relação entre a sociologia e a saúde mental, com vistas à identificação de que fatores sociais estavam sendo apresentados nos estudos. Diante deles podemos perceber alguns dos caminhos e das perspectivas para as quais as produções dos autores estavam se voltando. É através de alguns desses autores, e de autores do campo internacional que elaboramos uma análise de que fatores sociais estão sendo abarcados e analisados na produção de saúde mental, e que, portanto, são importantes para a inserção dos profissionais de Serviço Social, trabalhadores que possuem como campo de trabalho a saúde e a saúde mental.

As ciências sociais estudam a saúde e a doença porque o próprio entendimento do que seja saúde perpassa o meio social no qual ela é pensada. Desta forma, a maneira como se fazem políticas públicas de saúde e as maneiras como as pessoas utilizam os serviços de saúde são relativas e dependem do contexto social em que acontecem.

O estudo do social no campo da saúde mental nos é importante em quatro momentos advindos da bibliografia pesquisada. Assim, o social influi nos:

- Fatores determinantes da saúde mental;
- Respostas sócio-políticas aos problemas de saúde mental;
- Percepções sociais dos problemas de saúde mental;
- Ação coletiva em defesa dos direitos dos usuários;

A partir desses pontos mapeados na bibliografia, identificamos cinco dimensões sócio-políticas e culturais da saúde mental. São dimensões onde o trabalho do assistente social procura basear-se a fim de identificar demandas dos Portadores de Transtorno Mental, de seus familiares e profissionais dos serviços, além de possuírem relação com o movimento mais amplo de dinâmica da sociedade, onde se constroem possibilidades de intervenção. São elas:

- Ações de defesa e movimentos sociais de usuários, familiares e profissionais de saúde mental;
- Políticas Públicas e reforma psiquiátrica;
- Assistência e cuidados sem saúde mental;
- Desigualdades sociais em saúde mental;
- Percepções sociais da loucura, doença e saúde mental;

A partir desse momento cada um dessas dimensões sócio-políticas e culturais será trabalhada em particular.

## **1.1 Ações de Defesa e Movimentos Sociais de usuários, familiares e profissionais de saúde mental.**

Os movimentos sociais que compõe o campo da Saúde Mental são chamados de movimentos de composição variada porque são formados por diferentes atores: usuários, familiares e profissionais.

Historicamente os movimentos sociais têm origem nos Estados Unidos e Europa, no pós Segunda Guerra Mundial. Mas é na década de 60 e 70 que eles se desenvolvem com mais intensidade, e de forma variada em cada país. Pode se dizer que:

A maioria dos grupos visa, além de interferir e mudar as políticas, o serviço, a legislação, a cultura profissional e a cultura mais ampla relacionada à doença e à saúde mental na sociedade, também construir grupos e serviços próprios e/ou dirigidos por usuários, tais como clubes, grupos de auto-ajuda e suporte mútuo, militância, defesa de direitos e sociabilidade, centros de atenção diários ( *day centers*), serviços residenciais e de suporte domiciliar, e até mesmo serviços para usuários em crise (esse tipo é mais raro e difícil de ser montado) (VASCONCELOS, 2002, p. 73).

Os movimentos compostos por usuários que se formaram nos Estados Unidos e na Europa, se organizavam tanto em oposição ao modelo tradicional de internação, quanto em torno de uma crítica à postura dos familiares em relação ao PTM.

No Brasil os movimentos sociais em torno da saúde mental são mais recentes, datam o final da década de 70. Em 1978 surge o Movimento de Trabalhadores em Saúde Mental –MTSM– no Rio de Janeiro. Era composto principalmente por médicos recém formados e acadêmicos de medicina, e “num primeiro momento, organiza um teclado de críticas ao modelo psiquiátrico clássico[...].” (AMARANTE, 1995a, p. 492).

Ainda segundo esse autor,

O Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental é o ator sujeito político privilegiado na conceituação, divulgação, mobilização e implantação das

práticas transformadoras. É no seio do MTSM que se funda um exercício regular e sistemático de reflexão e crítica ao *status quo* psiquiátrico, e de onde surgem, ainda, as propostas teóricas e a práxis de uma nova política em saúde mental. O movimento, contudo, não é uma organização unitária, homogeneia, monolítica. Assim, mais correto seria falar em movimentos, no sentido mesmo de algo que se move, se transmuta e tem diferentes facetas (AMARANTE, 1995, p.106-107).

Assim como apontado por Amarante, o MTSM foi um importante ator na luta pela Reforma Psiquiátrica no Brasil. Em 1987, durante um encontro na cidade de Bauru – SP - incorpora como bandeira de luta o tema “por uma sociedade sem manicômios”, e em decorrência amplia-se, ultrapassando sua natureza técnico-científica e se tornando um movimento social em busca de transformações no campo da saúde mental.

Na década de 80, após a visita ao Brasil do importante precursor da Reforma Psiquiátrica na Itália, Franco Basaglia, começam a ser constituídas as associações de usuários e familiares de hospitais psiquiátricos. Essas associações significavam formas inovadoras de participação política e de defesa dos interesses dos atores, inserindo-se nas discussões a cerca da Reforma Psiquiátrica.

Amarante (1995) faz uma análise dessas associações em nível mundial, com base nos estudos realizados por Lougon e Andrade, e afirma que as associações de usuários e as associações de familiares diferem-se umas das outras. Enquanto a associação de familiares preocupa-se em diminuir o estigma de “causadores da doença”, as associações de usuários apresentavam caráter mais radical, lutando contra os absurdos das instituições psiquiátricas.

No Brasil as associações de usuários em saúde mental, diferente de outras representações de usuários na saúde, trazem peculiaridade e inovação política, como aponta W.S.Souza ( 2001, p. 934):

Uma associação exclusivamente de usuários constitui-se no esforço de representar aqueles que legalmente não podem se representar, pois, segundo

o Código Civil, estariam absolutamente incapazes de exercer os atos da vida civil. A chamada incapacidade absoluta teoricamente, os impossibilita de assumir/ exercer/ responder por atos da vida social, como estabelecer contratos e assumir encargos. A existência desse dado indica a realização de uma estratégia inovadora em relação à constituição de representações organizacionais, tornando o processo associativo em saúde mental muito peculiar.

O autor, em pesquisa realizada com três associações do Rio de Janeiro, relata que as mesmas apresentam elevado grau de autonomia política, contudo não apresentam autonomia financeira, visto que há baixa contribuição dos participantes, o que as faz buscar doações. Também analisa que no Brasil as associações, em momentos diferentes, concentram sua atenção em torno da busca por assistência, de sustentação de serviços, e também, mas em menor intensidade, de luta por direitos dos PTM. Diante disso,

[...] as associações propiciam, por meio de uma intensa participação política, uma voz, um novo tom. Um tom que traz uma racionalidade própria e diferenciada da técnica, sem contudo excluí-la. A ação política de suas demandas sinaliza onde a política pública encontra-se deficitária. As associações possibilitam apontar o que está funcionando ou não no modelo assistencial (W.S.SOUZA, 2001, p. 938).

No que diz respeito ao usuário da saúde mental que inserem-se nesses movimentos sociais e associações, Amarante (1995, p.121) aponta:

Com esse novo protagonismo, do próprio louco, ou usuário, delineia-se, efetivamente, um novo momento no cenário da saúde mental brasileira. O louco/doente mental deixa de ser um simples objeto de intervenção psiquiátrica, para tornar-se, de fato, agente de transformação da realidade, construtor de outras possibilidades até então imprevisíveis no teclado psiquiátrico ou nas iniciativas do próprio MTSM. Seja nos espaços destas associações, seja em trabalhos culturais, atua-se no surgimento de novas formas de expressão política, ideológica, social, de lazer, e participação que passam a edificar um sentido de cidadania que jamais lhes foi permitido.

Cabe ressaltar que, segundo Vasconcelos (2002), outra temática que tem gerado discussões dentro dos movimentos e associações é a difícil articulação entre buscar ao mesmo tempo os direitos à igualdade e os direitos especiais do PTM. Essa luta pelos direitos



O movimento de comunidades terapêuticas possui semelhanças ao movimento atual de reforma psiquiátrica no que diz respeito a ter sido uma reação às estruturas do modelo asilar. Segundo Tenório (2002, p. 29), as comunidades estavam consolidadas sobre “a construção, a partir da psicanálise de um novo modelo discursivo/organizacional que comande e remodele as ações do cotidiano hospitalar”.

O movimento de psiquiatria comunitária e preventista entendia o asilo como segregador, cabendo à psiquiatria realizar um trabalho mais amplo de intervenção na comunidade no sentido da prevenção, visando evitar o adoecimento mental. Tinha como objetivo, além de detectar precocemente situações críticas para que a internação não fosse necessária, “organizar o espaço social de modo a prevenir o adoecimento mental” (TENÓRIO, 2002, p. 30).

O Brasil recebe a influência desses movimentos, e a partir deles ações são desencadeadas pelo Estado para atender as demandas colocadas pela população, ou mesmo demandas criadas pelo próprio Estado. Posteriormente, e de forma mais intensa, a maior influência que se percebeu na consecução do movimento de reforma psiquiátrica no Brasil foi do movimento italiano desencadeado pelo psiquiatra Franco Basaglia, que após realizar trabalhos nos hospícios de Gorizia e Trieste (Itália), apontava para a necessidade de fechamento dos hospitais psiquiátricos, portanto, da necessidade da desinstitucionalização no atendimento ao PTM.

Em relação ao atendimento em saúde mental, a década de 60 poderia ser apresentada como indústria da loucura, em virtude do grande investimento do setor privado na abertura de novos leitos psiquiátricos, incentivando a cronicidade da doença com o objetivo da obtenção de lucros. Nesse período, o Estado passa a responsabilidade de criar formas de atendimento à “doença mental” para a iniciativa privada. Essa, por sua vez, enfoca uma única



ação que proporciona lucros muito grandes: o aumento do número de leitos psiquiátricos e conseqüentemente de internações.

Amarante (1995, p. 89), realiza uma análise do que denomina ser o primeiro momento da reforma psiquiátrica atual no Brasil, que coincide com os últimos anos do regime militar autocrático “quando se assiste inicialmente ao fim do ‘milagre econômico’, com o conseqüente processo de distensão-abertura democráticas”. Tornam-se presentes as críticas à ineficiência da assistência pública em saúde e o caráter privatista da política de saúde. Ao mesmo tempo surgem as denúncias de violência, maus tratos e abandono aos pacientes internados nos hospícios do país.

Diante dessa situação, o Estado determinou ações que diziam respeito à humanização e moralização do asilo, e também a construção de ambulatorios em saúde mental. Contudo, essas ações não traduziram nenhuma mudança significativa na qualidade do atendimento ao PTM. E ainda, conforme aponta Tenório (2002, p. 33) “nesse período a discussão sobre direitos dos pacientes permaneceu limitada à questão do aperfeiçoamento e da universalização dos dispositivos tradicionais e a ampliação do direito à saúde como questão político-social”.

Em 1976 é constituído o Centro Brasileiro de Estudos de Saúde e do Movimento de Renovação Médica-REME. E em 1978 é constituído o Movimento de Trabalhadores em Saúde Mental.

O segundo momento da reforma psiquiátrica, é apontado por Amarante (1995, p.91) como sendo os primeiros anos da década de 80, quando

[...] parte considerável do movimento de reforma sanitária, e não apenas o da psiquiátrica passa a ser incorporado, ou a incorporar-se no aparelho do Estado. Resultado; por um lado, de uma tática desenvolvida inicialmente no seio do movimento sanitário, de ocupação dos espaços públicos e de poder e de tomada de decisões como forma de introduzir mudanças no sistema de saúde,

em um momento em que, com o fim da ditadura renovam-se as lideranças da tecnoburocracia. Por outro, se constitui como proveniente de uma outra tática - esta de iniciativa do Estado - de absorver o pensamento e o pessoal crítico em seu interior, seja com o objetivo de alcançar legitimidade, seja para reduzir os problemas agravados com a adoção de uma política de saúde excessivamente privatizante, custosa e eletista.

É nesse período que os Ministérios da Saúde e da Assistência e Previdência Social passam pelo período de co-gestão, onde busca-se a reestruturação dos hospitais da Divisão Nacional de Saúde Mental – DINSAM . Surgem gerenciamentos de sistemas e serviços públicos em várias partes do país, presididas muitas vezes pelos militantes do MTSM. É também o período de conferências nacionais, como a 8ª Conferência Nacional de Saúde, assim como de conferências em nível estadual e municipal.

Na análise de Tenório (2002) a década de 80 é cenário de três processos influentes na consolidação da reforma psiquiátrica no Brasil, quais sejam, a ampliação dos atores sociais envolvidos no processo, a iniciativa de reformulação legislativa e o surgimento de experiências institucionais bem-sucedidas na arquitetura de um novo tipo de cuidado em saúde mental.

O final da década de 80 é o palco do que Amarante (1995, p. 93) aponta como o terceiro momento da reforma psiquiátrica no país. Segundo o autor, ele teria início com a I Conferência Nacional de Saúde Mental, que marca o “fim da trajetória sanitária e o início de uma outra: a trajetória de desinstitucionalização ou da desconstrução/invenção”. O MTSM realiza o II Congresso Nacional dos Trabalhadores em Saúde Mental, onde o lema de luta torna-se por uma sociedade sem manicômios. Surgindo nessa perspectiva os primeiros Centros e Núcleos de Atenção Psicossocial.

Em 1989, o deputado Paulo Delgado (PT – MG), apresenta projeto de lei, que veio a ser conhecido posteriormente como o Lei da Reforma Psiquiátrica, aprovado somente em

2001, com várias modificações. Na ocasião, o projeto de lei apresentava como eixos básicos o impedimento de construção de novos leitos psiquiátricos pelo poder público e o direcionamento do orçamento público para construção de serviços não manicomiais de atendimento. Sobre esse acontecimento, Tenório (2002, p. 36) cita Bezerra Jr (op. cit., p. 183):

Para o período que estamos tratando no momento, que é a década de 80, o que importa destacar é o fato de que a apresentação do projeto de lei original, em 1989, teve o efeito de produzir uma intensificação sem precedentes do discurso sobre o tema em todo o país, que não ficou restrito aos meios especializados e fez avançar o movimento de reforma.

A década de 90 é o momento onde começam a se consolidar os processos que compõe o centro da reforma psiquiátrica brasileira. O modelo hospitalar não foi totalmente superado, mas “pode-se dizer sem exagero que se construiu uma nova hegemonia” (TENORIO, 2002, p. 40).

Em novembro de 1991 é criada portaria 189 do Ministério da Saúde onde fica determinado que o financiamento da saúde mental no país estava direcionado para a criação de uma rede extra-hospitalar, priorizando a criação de novos serviços alternativos à internação e à criação de leitos em hospitais gerais. As regras aos hospitais psiquiátricos tornaram-se mais rígidas. No ano seguinte a portaria 224 regulamentou os CAPS e NAPS, e tipificou as unidades fundamentais da rede, dividindo o atendimento em saúde mental em dois grandes grupos de atendimento, o hospitalar e o ambulatorial. Assim, o que acontece posteriormente no país é a substituição dos atendimentos em hospitais pelos atendimentos alternativos nos serviços abertos.

Durante a década de 90 percebe-se a diminuição dos leitos em hospitais psiquiátricos, mas eles continuam a existir ainda em grande número. Em contrapartida o número de serviços abertos como CAPS, NAPS e Hospitais-Dia têm crescido

consideravelmente no país. Nesse período foram editadas pelo Ministério da Saúde onze portarias relacionadas ao campo da saúde mental, importantes tanto para o controle do funcionamento dos hospitais psiquiátricos, quanto para a criação de dispositivos para novos serviços, incluindo as portarias que instituem as residências terapêuticas.

A Lei de Reforma Psiquiátrica nº 10.216 foi sancionada pelo Presidente da República em 6 de abril de 2001, doze anos depois da apresentação do projeto de lei oficial pelo deputado Paulo Delgado. Apesar de ter sofrido algumas mudanças, a lei ainda é considerada uma lei progressista que representa grandes possibilidades de mudanças, que vêm acontecendo mesmo antes dela ter sido aprovada. Essas mudanças abrangem tanto o campo dos serviços prestados, quanto as análises teóricas do assunto, bem como o tratamento oferecido ao PTM na sociedade. Nesse contexto, Amarante (1995, p.493 -494) faz uma análise muito rica do que se trata a reforma psiquiátrica no país:

Vimos que não estamos falando de fechar hospícios (ou hospitais psiquiátricos, se preferirem) e abandonar as pessoas em suas famílias, muito menos nas ruas. Vimos que não estamos falando em fechar leitos para reduzir custos, no sentido do neoliberalismo ou no sentido do enxugamento do Estado (aliás, em princípio, a rede de novos serviços e cuidados tende a requerer maior investimento não apenas técnico e social, mas também financeiro). Estamos falando em desinstitucionalização, que não significa apenas desospitalização, mas desconstrução. Isto é, superação de um modelo arcaico centrado no conceito de doença como falta e erro, centrado no tratamento da doença como entidade abstrata. Desinstitucionalização significa tratar o sujeito em sua existência e em relação com suas condições concretas de vida. Isto significa não administrar-lhe apenas fármacos ou psicoterapias, mas construir possibilidades. O tratamento deixa de ser a exclusão em espaços de violência e mortificação para tornar-se criação de possibilidades concretas de sociabilidade a subjetividade. O doente, antes excluído do mundo dos direitos e da cidadania, deve tornar-se um sujeito, e não um objeto do saber psiquiátrico. A desinstitucionalização é este processo, não apenas técnico, administrativo, jurídico, legislativo ou político; é, acima de tudo, um processo ético, de reconhecimento de uma prática que introduz novos sujeitos de direito e novos direitos para os sujeitos. De uma prática que reconhece, inclusive, o direito das pessoas mentalmente enfermas em terem um tratamento efetivo, em receberem um cuidado verdadeiro, uma terapêutica cidadã, não um cativeiro. Sendo uma questão de base ética, o futuro da reforma psiquiátrica não está apenas no sucesso terapêutico-assistencial das novas tecnologias de cuidado ou dos

novos serviços, mas na escolha da sociedade brasileira, da forma como vai lidar com os seus diferentes, com suas minorias, com os sujeitos em desvantagem social.

Nessa perspectiva, o autor realiza uma análise de campos que a reforma psiquiátrica abrange, demonstrando que as conquistas no legislativo, e na efetivação das políticas públicas pautadas nas novas formas de atendimento e tratamento médico têm fundamental importância, mas a questão do PTM tem relação com a sociedade e é nela também que devem se modificar as formas de entendimento e tratamento. O direito dos PTM se afirmam no legislativo, mas se constroem nas relações cotidianas de entendimento dos mesmos como sujeitos de direitos e de construção de cidadania contra as formas de exclusão social, das quais muitos já foram vítimas.

### **1.3 Assistência e Cuidados em Saúde Mental**

Quando a psiquiatria sob a forma do alienismo inseriu-se na sociedade moderna, penetrou na organização da família pela abordagem do louco, apontando para a necessidade de isolamento do mesmo. A separação do louco da família era uma das prerrogativas do tratamento terapêutico que acreditava que, por um lado, a família estaria em ameaça de alienação se permanecesse com o louco em casa, e por outro, entendia a família como causadora e estimuladora da loucura. Segundo Rosa (2003, p. 52):

Com o asilamento do louco e com a apropriação de sua condição pelo “modelo médico”, que visava obter sua cura, a família fica restrita ao papel de identificar a loucura, encaminhar o seu portador ao asilo para os cuidados médicos, visitá-lo, bem como fornecer informações necessárias sobre a história de sua enfermidade. Ou seja, a relação da família com o portador de

transtorno mental passa a ser mediatizada por agentes médicos e por agências estatais, encarregadas da cura, da custódia e da assistência.

Assim, o saber médico e as agências estatais invadem as famílias apresentando uma cura para a “doença” de seu familiar, e informando a família de que agora eles serão os cuidadores do PTM. A culpabilização da família pela loucura abre portas para os atendimentos terapêuticos, visto que o PTM é entendido como o porta-voz de doenças e/ou problemas que estão acontecendo na família.

A partir desse momento a instituição e os profissionais (principalmente os psiquiatras) passam a ser os cuidadores do PTM, agora considerado paciente. Nesse sentido, um dos autores que mais direciona seu olhar sobre saúde mental e o processo de hospitalização é Goffman. Para Goffman (1974) o ato de uma pessoa ser internada em um hospital psiquiátrico a transforma em doente mental. A entrada da pessoa na instituição é o momento em que os especialistas o consideram doente e não sadio, portanto alvo de internação. O ato de cuidar nesse momento baseia-se na idéia de que quando a pessoa se torna paciente, ela é destituída do seu Eu anterior, ou seja, destrói aquilo que o paciente acreditava ser e o que pensava da sua relação com os outros.

As formas de atendimento e cuidados são apontadas por Goffman (1974) como realizadas com predominância do poder da psiquiatria. Qualquer atitude dos pacientes é lida dentro desse referencial e relacionada à doença, por isso, qualquer medida empregada, mesmo sendo coletiva ou nada curativas, é apresentada como parte do tratamento médico.

Na década de 60 os Estados Unidos e a Inglaterra são palco para o movimento denominado antipsiquiatria. A antipsiquiatria colocava-se contra a “concepção clássica da loucura como doença, o seu modelo assistencial baseado na internação e propunha uma concepção sócio-genética e uma tensão na comunidade, sem nenhum aspecto coercitivo nem



paternalista”(ROSA, 2003, p. 62). A antipsiquiatria entende a família como um grupo que quer livrar-se dos seus familiares loucos por meio da internação. O movimento se torna um forte denunciante da assistência prestada ao PTM na psiquiatria clássica: assistência marcada pela exclusão, segregação e falta de cuidados.

Outro movimento de contestação à psiquiatria clássica foi a perspectiva basagliana na Itália, com base em uma nova forma de assistência. Constituíam-se dos serviços de base comunitária, de onde emergiam poderes de outros profissionais, não somente médicos, como também de usuários e familiares.

O entendimento da família aparece muito diferente quando comparado com as outras perspectivas demonstradas até agora. Aqui a família volta a possuir o papel de cuidadora do PTM, nas palavras de Rosa (2003, p. 67) “a família é percebida positivamente em suas possibilidades, potencialidades e recursos, numa nova visão mais abrangente e totalizante”.

É também com a psiquiatria basagliana que o cuidado aparece em sua dimensão mais ampla, na dimensão da sociedade, entendido como uma transformação radical, condicionante para que a prática em saúde seja realidade.

Na década de 70, a família sofre uma sobrecarga em decorrência de fatos relacionados à crise do *Welfare State*, e com ela a crise econômica e o desmonte das políticas públicas. Funções até então assumidas pelo Estado tornam-se responsabilidade das famílias, que nesse processo ainda sofrem com o aumento do número de desempregos.

Essa dimensão de cuidado e assistência para a família acontece no Brasil com o debate e a aprovação da Lei de Reforma Psiquiátrica em 2001. Vários impactos decorrentes dessas mudanças foram sentidos na família do PTM, e a dinâmica das famílias teve que se modificar. Entre elas podemos apresentar algumas, como a tensão em virtude da renda

familiar, disponibilidade de tempo e de cuidador na família, necessidade de estar próximo dos serviços substitutivos em saúde mental. Agnes Miles (1982, *apud* ROSA, 2003, p. 77) coloca que os impactos na família também dizem respeito ao meio social no qual ela se insere; Balbo (1987, *apud* ROSA, 2003, p. 78) coloca que nesse processo pode-se fazer um apontamento de gênero, em virtude de normalmente serem as mulheres as cuidadoras; Somer (1990, *apud* ROSA, 2003, p.78) ainda remete a dimensão do despreparo e da precariedade em termos de suporte assistencial enfrentado pelas famílias ao assumirem o cuidado doméstico do PTM, o que os torna demanda da assistência que deve ser oferecida pelo Estado.

Torre e Amarante (2001, p. 79) fazem uma análise da atual situação do espaço do PTM no Brasil:

É possível perceber no campo da saúde mental no Brasil hoje um expressivo processo de transformação do lugar do louco como ator social, como sujeito político. Uma nova faceta desse processo refere-se à ampliação do conceito reforma psiquiátrica. O objetivo é não reduzi-la à um processo exclusivamente restrito a mudanças administrativas ou técnicas dos serviços. Ou seja, procura-se construir um conceito que não seja sinônimo de reforma de assistência psiquiátrica, a exemplo dos processos que ocorreram nos anos 60 e 70.

As iniciativas e as políticas públicas construídas no país em decorrência da aprovação da Lei de reforma psiquiátrica, modificam novamente as formas e os personagens responsáveis pelo cuidado do PTM. A idéia de principal cuidador é remetida à família, sob novas formas de cuidar preconizadas pela reforma psiquiátrica e em parceria com as novas formas de cuidar dos profissionais de saúde mental. O ato de cuidar toma um outro foco, o cuidado em que o PTM não fica mais internado, mas em convívio com a família e a sociedade, o que não poderá ser realizado se as políticas públicas não forem capazes de fazer prestar assistência necessária às famílias.



## 1.4 Desigualdades Sociais em Saúde Mental

As desigualdades sociais estão presentes em todas as dimensões da vida social, e assim não poderia deixar de ser no campo da saúde, onde também possui muitas facetas. Essa foi, portanto, mais uma dimensão encontrada quando da inserção das ciências sociais no campo da saúde e da saúde mental.

Desde a antiguidade os problemas de saúde têm sido relacionados às condições políticas, sociais e econômicas de grupos humanos. Rosen (1983, *apud* Angelo, 2002) coloca que essas informações se encontram, por exemplo, nos papiros egípcios. O texto dos papiros relatavam a vida difícil das pessoas associando à ocupação em que se inseriam e sua saúde. Algo similar aconteceu no mundo greco-romano onde médicos e leigos associavam certas ocupações com a saúde das pessoas.

Angelo (2002) demonstra quando começaram a ser realizadas pesquisas nessa área muitos estudos relacionam a saúde às condições políticas, sociais e econômicas, onde eram analisados os números de mortalidade dos locais pesquisados. Nesse sentido, podemos citar o trabalho de Villermé (1828, *apud* Angelo, 2002) na França, sobre o fato de que taxas de mortalidade em seu país estavam ligadas às condições de vida de diferentes classes sociais. Em 1899, Rowntree (*apud*, Angelo, 2002) realizou o primeiro estudo ecológico na cidade de York, onde percebe a relação entre a taxa de mortalidade e as condições de renda e habitação.

Internacionalmente vários trabalhos foram constituídos nesse sentido a partir do século XIX. No Brasil, um dos trabalhos nesse sentido é a produção de Szwarcwald et. al. (1999, *apud* Angelo, 2002) que demonstrou a correlação entre as desigualdades de renda e as condições de saúde, apontando para a associação entre as piores condições de saúde e a concentração residencial da pobreza.

O que esses trabalhos demonstram em comum são a certeza de relação entre a probabilidade de boa saúde e o contexto sócio-econômico da população.

Ainda nesse sentido, podemos destacar que várias correntes de pensamento acreditam nessa relação. Contudo há controvérsias, algumas correntes negam totalmente essa relação, outras aceitam que existe a desigualdade, mas o que elas apontam é uma relação inversa, onde as condições de saúde determinam a posição social dos indivíduos.

Vale destacar aqui a corrente baseada nos modelos estruturais derivados da teoria marxista, por ser a mais expressiva na América Latina, corrente que, segundo Angelo (2002, p.06):

[...] defende que o caráter complexo e não controlável do meio ambiente social e a interdependência dos fatores socioeconômicos é tal que freqüentemente torna-se uma ilusão querer isolar um deles para estudar seus efeitos sobre este ou aquele problema de saúde. [...] os determinantes socioeconômicos, em regra, não desempenham um papel direto sobre os fenômenos de saúde: eles são, sobretudo, as “redes de causas” que precisam ser colocadas em evidência, o que implica uma análise das relações dos fenômenos que estão, eles próprios, na esfera socioeconômica (Goldberg, 1990).

Se nos dispusermos a analisar a fundo todas as correntes que tem relação a essa temática, ficaríamos presos muito tempo nessa análise que não é nosso objetivo. Percebe-se, que apesar das controvérsias, a maioria das correntes acredita na relação entre as condições de saúde e as desigualdades sociais. Contudo, percebemos na análise de Angelo (2002) que essas correntes restringem a analisar esta questão relacionada à renda, como habitação e saneamento, não analisando outras desigualdades como gênero, raça, etc.

Para finalizar essa análise, baseada nos estudos de Angelo (2002), citamos ainda o trabalho de Possas (1989, *apud* Angelo, 2002) que propõe que as formas concretas de inserção sócio-econômicas com potencial capacidade de determinação diferencial nos riscos de morbimortalidade são as estruturas de produção, conformadas nas diferentes etapas de

desenvolvimento das sociedades capitalistas, e o modo de vida dessa população. Entendo, aqui, a estrutura de produção, dividindo-se entre os processo de trabalho, e as condições de trabalho, e o modo de vida, dividindo-se entre as condições de vida, e o estilo de vida. Assim, as formas com que essas condições acontecem podem prejudicar a saúde da população que nela se insere.

Com o passar do tempo, foram se desenvolvendo pesquisas que apontam para outros aspectos, que não somente os relacionados à renda. Aparecem então aspectos da vida social, como nas desigualdades sociais de gênero e de raça. Como já evidenciado a cima, a maioria das pesquisas se referem às desigualdades sociais de renda na saúde, pois condicionam o acesso ao atendimento que, segundo a Legislação<sup>4</sup> vigente no país deve ser universal, e, portanto, não permeado por desigualdades.

Conforme analisam Bógus, Yasbek, e Wanderley (2000, p. 10), essas dimensões são particularidades que se desdobram a partir da questão social como um todo e, portanto, são “eixos banalizadores para sua interpretação”. Os autores ainda acrescentam:

As especificidades de cada uma dessas questões, em tempos e espaços diferenciados, agregam conteúdos sucessivos à recorrente questão social em seu sentido amplo, e elas permanecem estruturando nossa realidade, em novas versões, potencializando a sua complexidade. Atravessam e condicionam, com maior ou menor intensidade, outras questões sociais – saúde, saneamento, habitação, acesso à terra, etc – consideradas como setoriais e que adquiriram tal magnitude nos diversos países, onde sua resolução torna-se um problema de difícil solução (BOGUS, YASBEK e WANDERLEY, 2000, p.10).

Essas especificidades constituem dimensões no interior das desigualdades em saúde e condicionam várias situações em que as desigualdades são percebidas como influenciadoras nas condições de saúde da população.

---

<sup>4</sup> Segundo a Constituição Federal do Brasil, de 1988, no seu artigo 196: *A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução de risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.*

Quando buscamos bibliografia que atendesse a essa dimensão sócio-política da saúde e também da saúde mental, apesar de sabermos que estudos são realizados nesse sentido no que diz respeito a incidência em saúde mental, sentimos certa dificuldade no acesso à essa bibliografia. Encontramos nos estudos de Blue (2000) a colocação de que muitos autores reconhecem a importância dos efeitos contextuais sobre as condições de saúde. O autor ainda nos diz que esta não é uma questão nova, sendo muito comum desde o século XIX e continua a se expandir, como por exemplo, no campo da epidemiologia, que com o século XX ganhou atenção renovada na epidemiologia popular.

Segundo a autora, a relação contexto/saúde aponta para o fato de que a saúde não acontece somente no campo individual, mas possui forte argumento em considerar o meio ambiente e sua complexidade. Popay et. al. (1998, *apud* BLUE, 2000) descreve que diferentes fatores apresentam efeitos em saúde, como idade, gênero, fatores hereditários, fatores de vida individual, influências sociais e comunitárias, condições de vida e trabalho, condições sócio-econômicas, culturais e ambientais. Além disso, outros fatores domiciliares também podem ser considerados, como relação desigual entre os sexos, violência doméstica, práticas alimentares, práticas de armazenamento de água, número de pessoas que vivem no mesmo domicílio. Outras influências contextuais que podem ser consideradas são abastecimento de água, saneamento básico, viabilidade de áreas verdes, empregos, escolas, criminalidade e acesso aos serviços de saúde. É útil também identificar algumas outras condições que dizem respeito às cidades, como a diferença de renda, governos municipais e poluição do ar.

Uma série de base de dados do estudo da *Brazilian Multicentric Study of Psychiatric Morbidity*<sup>5</sup>, apontam para o fato de que os fatores sociais têm importante relação

---

<sup>5</sup> Coutinho ES, Almeida-Filho N, Mari JJ, Rodrigues L. *Minor psychiatric morbidity and internal migration in Brazil. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 1996.

entre a ocorrência de problemas psíquicos. Foram encontradas evidências na associação entre gênero e má saúde mental, migração, educação, idade, entre outros.

Outros estudos, como os de Selye (1956, 1974 *apud* BLUE, 2000) referem-se a estudos sobre o stress, considerando que as condições da vida doméstica e comunitária como segurança, infra-estrutura, saneamento, pavimentação, serviços de limpeza, acesso à serviços de saúde, acesso à cultura, podem reproduzir stress e contribuir para as condições de saúde mental. O autor define o stress como uma congruência entre o indivíduo e o ambiente.

Outros estudos que tratam dessa temática, das condições sociais e sua influência na saúde mental são aqueles que estudam a relação saúde mental e espaço urbano social e físico. Segundo Blue (2000), eles provem de três fontes:

- Estudos de Aneshensel & Sucoff (1996): estudam o contexto de vizinhança e saúde mental de adolescentes, onde investigam num nível individual condições sócio-econômicas, graus de instrução, ansiedade, má conduta e percepções de vizinhança (ambiente de risco e coesão social). Os autores chegaram a conclusão que adolescentes que vivem em vizinhança de baixo nível sócio-econômico percebem mais riscos ambientais, e apresentam piores condições de saúde mental do que os adolescentes que vivem em vizinhança de nível sócio-econômico mais alto.
- Dalgard & Tambs (1997): realizam entrevistas e aplicam o mesmo questionário à população de cinco vizinhanças em uma diferença de dez anos. Os autores percebem que somente uma vizinhança apresentou mudanças significativas nesse período, como uma nova escola, parque, expansão da linha de metrô. Paralelo a esses melhoramentos existia um melhoramento nas condições de saúde mental dos moradores. Portanto, os autores concluíram que melhores ambientes possibilitam melhores condições de saúde mental.

- Driessen et. al. (1998): suas pesquisas baseiam-se nos países desenvolvidos, contudo Blue (2000) aponta para a possibilidade de realização das mesmas em países em desenvolvimento. Defenderam em sua pesquisa que há necessidade de se levar em consideração diferentes ambientes sociais, visto que isso afeta as condições de saúde mental. Diante disso, a pesquisa aponta para as variações nas condições de saúde mental em diferentes regiões, pautadas pelas variantes de idade, gênero e desemprego.

Apesar da dificuldade de localizar bibliografia sobre a relação entre desigualdades sociais e as condições de saúde, podemos perceber, pelas obras brevemente citadas, que esse tema tem sido pensado. Mesmo assim, puderam nos apontar como as desigualdades tanto de gênero, de raça, de renda, de acesso aos serviços de saúde, de relações de vizinhança, criminalidade, condições de trabalho, desemprego entre outros fatores possíveis de desigualdade, têm relação, ou condicionam as condições de stress e saúde mental.

### **1.5 Percepções sociais sobre a loucura, a doença e a saúde mental**

As pessoas sempre tiveram diferentes percepções sobre as situações em que estão inseridas, ou que mantêm relação. Exemplos claros disso são as representações sociais que construímos em torno da saúde, da doença e da loucura. As representações que criamos estão condicionadas ao contexto histórico e social do qual fizemos parte. Assim, o que é considerado saúde, doença ou loucura entre tribos indígenas do interior difere-se do que a grupos urbanos acreditam que seja. Assim também temos as variações históricas e temporais em uma mesma sociedade: o que no século passado foi considerado loucura, e em consequência os procedimentos que deveriam ser tomados com um louco, não são os mesmos



procedimentos que acreditamos dever tomar hoje. Como apontam Fernández e Mitjavila (1988, p. 507 ) “la experiencia de la enfermedad ha existido siempre e posee um carácter universal. Pero las ideas de que es lo que se considera salud o enfermedad están sujetas a variaciones históricas y socioculturales”<sup>6</sup>.

Fernández e Mitjavila (1988) realizam uma análise das representações sociais que médicos e leigos possuem sobre a saúde e a doença. Para isso entendem a doença como uma construção social a partir da qual, com o desenvolvimento da ciência e da tecnologia, acontece a legitimação e institucionalização da medicina, que “ha redundado inevitablemente em una naturalización de la manera médica de ver y actuar frente a la salud y la enfermedad”(Fernández e Mitjavila, 1988, p. 508)<sup>7</sup>. Num movimento dinâmico das relações entre médicos e pacientes, com aceitação natural da medicina como ciência que possui os conhecimentos necessários para determinar condições de vida, de saúde, ou até mesmo da morte, novas representações sociais vão sendo construídas e modificadas no decorrer dos anos.

No que diz respeito a questão da loucura, percebemos que ela despertou vários sentimentos por parte da sociedade, dos familiares do PTM, do próprio PTM, e daqueles que se dedicam e se dedicaram a estudar a temática. As percepções são condicionantes às sociedades que analisamos, assim como ao período histórico de análise, como aponta Santos (1994, p. 14):

[...] a loucura nem sempre foi o que a sociedade moderna pensa sobre ela. A loucura já foi “razão”, assim como “não razão”. Houve períodos em que a loucura era parte do cenário e da linguagem comum. Era livre, formulava seu próprio discurso e era aceita pelos que com ela conviviam. A loucura vista como “doença-mental” é uma construção histórica recente [...]. Sua afirmação social recebeu grande contribuição da sociologia positivista,

---

<sup>6</sup> Fernández e Mitjavila, 1998, p. 507: *A experiência da doença tem existido sempre e possui um carácter universal. Contudo, as idéias do que se considera saúde ou doença estão sujeitas à variações históricas e sócio-culturais.*

<sup>7</sup> Fernández e Mitjavila, 1998, p. 508: *(...) tem redundado inevitablemente em uma naturalização da maneira médica de ver e atuar frente à saúde e a doença.*

inicialmente através da perspectiva contemporânea, onde está implícita a idéia de um consenso funcional inerente tanto ao organismo como à sociedade.

Ainda nesse sentido Amarante e Torre (2001, p.74) relatam:

A história da loucura nos séculos XVIII e XIX é quase sinônimo da história de sua captura pelos conceitos de *alienação* e, mais tarde, de *doença mental*. Esse processo tem seu significado vinculado à criação de um novo modelo de homem ou de um novo sujeito na modernidade.

Essa nova noção de sujeito se funda no surgimento da idéia de *indivíduo* e se concretiza na consolidação do *sujeito do conhecimento* cartesiano, pautado na racionalidade científica que se torna hegemônica como método de produção de conhecimento. Fazendo emergir um pensamento mecanicista, baseado nos princípios de causalidade e previsibilidade, esta racionalidade permite o surgimento de um sujeito da Razão. A loucura se torna seu contraponto: é capturada como sujeito da desrazão.

Há mais de duzentos anos, a forma com que a sociedade encontrou para tratar a loucura constituiu-se na exclusão do louco no hospício, para onde eram mandados todos os tipos de indigentes. No hospício o que havia não eram formas terapêuticas de atendimento, mas sim o abandono daquele que contradizia a racionalidade imposta pelo iluminismo, e posteriormente à idéia de produtividade, eixo do sistema capitalista em ascensão. Nas palavras de Santos: “tal apologia ao trabalho está vinculada a ideologia da sociedade burguesa européia, onde os ociosos, os inadaptados à nova ordem foram enquadrados na categoria ‘anti-sociais’” (SANTOS, 1994, p. 32).

A sociedade capitalista burguesa também foi vista por muitos estudiosos do assunto como a causa da “doença mental”, portanto é algo socialmente construído, chegando muitas vezes a questionar se a doença mental realmente existia.

Nesse sentido, durante muito tempo a família foi culpabilizada pelo transtorno mental, onde o PTM era o porta-voz de problemas que estavam acontecendo na família. Por isso, e para não contaminar o restante da família, o PTM deveria ser isolado. Momento em que



tanto o PTM, quanto a família foram alvos do saber médico que afirmava a necessidade do isolamento.

Com o desenvolvimento da ciência, assim como com a constituição e a lutas dos movimentos pelo fim dos hospitais psiquiátricos várias mudanças aconteceram na forma de entendimento dos atores sociais em relação à loucura.

Em conjunto modificam-se as formas de atendimento e as formas de entendimento da loucura. Novos saberes vão se constituindo, os cuidadores voltam a ser a família, tanto o saber médico e o familiar sabem da importância do tratamento que tenha apoio e interação da família. Os conceitos também modificam-se, a doença mental hoje é designada como transtorno mental, o usuário não é mais chamado de doente mental, mas de portador de transtorno mental. Todas essas categorias vão construindo novas formas de entendimento na sociedade, vão aos poucos rompendo com o muito preconceito que ainda existe, tanto do usuário, quando da família e do profissional da saúde.

Nesse sentido, conforme Amarante e Torre (2001, p. 82):

O trabalho de desinstitucionalização leva, necessariamente, à produção de um novo tipo de subjetividade, que permita a manifestação do devir-louco sem interditar sua expressão, sem regulá-lo no jogo das sanções institucionais e legais ou objetificá-lo; fazendo com que se desistorize e deixe de ser um sujeito. É a produção de um novo lugar para a subjetividade louca, o estabelecimento de uma nova relação com ela, e a criação de fissuras a serialização psiquiátrica.

Os autores ainda acrescentam:

Um dos caminhos mais importantes para o qual aponta a desinstitucionalização é o da criação de novas relações com a loucura, que se processa a partir da mudança das relações institucionais internas e de desmontagem dos dispositivos da clínica e da psiquiatria, mas certamente não se restringe a isto. Novas subjetividades e um novo lugar para o sujeito louco só são produzidos em relação com o social (AMARANTE e TORRE, 2001, p. 83).

Figueiredo e Rodrigues (2003) realizaram uma pesquisa com familiares, usuários e profissionais da saúde mental. Ela tinha como objetivo analisar as representações das relações sociais em saúde mental. Partiram da premissa de que acontece uma reificação<sup>8</sup> dos usuários e familiares, que pode ser explicada a partir das relações mercantis que imperam no sistema capitalista. Assim elenco algumas categorias dos resultados e da discussão da pesquisa que acredito serem importantes para esse trabalho:

- a) Para os sujeitos envolvidos na pesquisa o transtorno mental é considerado como um período ou fase, por onde o PTM passa por dificuldades. Este período por vezes é considerado como efeito de fatores biológicos, por outros oriundo da “desestruturação das redes familiares, ou mesmo dificuldades da própria pessoa em lidar com a sua subjetividade e os relacionamentos” (Figueiredo e Rodrigues, 2003, p.124).
- b) A análise de dados permite a percepção de que possuir um transtorno mental é uma perda de capacidades, de laços afetivos. Sendo então um estado de incapacidade, estabelecido pelo perder e pela não valorização das relações e inter-relações entre o indivíduo e a sociedade.
- c) A reificação pode ser percebida nos discursos pela idéia de que a “doença” está no cérebro, e nas visões de que a pessoa está destituída de autonomia, de vontade e de sua singularidade.
- d) As concepções sobre o trabalho em saúde mental se caracterizam pela reprodução de conhecimentos adquiridos e a práxis passa a se constituir na manutenção do estabelecido, sem a criação de novos modelos de intervenção e novas práticas.

---

<sup>8</sup> Aqui entendida pelos autores como a ato de pessoas serem tratadas como objetos.

Vale ainda citar, que a antropologia é uma ciência que realiza muitas pesquisas na área das representações sociais, intimamente relacionadas às culturas das populações pesquisadas.

Voltamos a afirmar o que já havia sido citado a cima, as percepções da loucura, da saúde mental, e mesmo da doença são decorrentes do contexto histórico, social e até mesmo situacional onde serão analisadas. Muitas vezes deixam transparecer concepções sociais de fatos ou situações, e chegam a ser aceitas pela maioria da população, como aconteceu com a medicina, a psiquiatria e as formas de atendimento e relacionamento do PTM com a sociedade. Com as mudanças recentes que vêm acontecendo com a reforma psiquiátrica no país, as percepções sociais em relação à saúde mental e, por conseguinte, a questão do preconceito e discriminação para com o PTM, são propósitos de mudança, e não somente as formas de atendimento. Portanto, não tem o propósito de abranger somente instituições, mas a percepção da população, familiares, profissionais e sociedade civil em geral, em relação ao tratamento ao PTM.

## **2 A ÁREA DA SAÚDE MENTAL COMO CAMPO DE ATUAÇÃO DO SERVIÇO SOCIAL**

Esse segundo capítulo visa contribuir para a visualização da inserção do Serviço Social na saúde mental num primeiro momento a sua origem e trajetória no mundo e no Brasil, onde podemos perceber a influência das tendências internacionais, e dos acontecimentos políticos nas formas de inserção e de entendimento das particularidades da profissão. Para posteriormente localizar como atualmente, diante das mudanças legislativas e societárias dela decorrentes, sob que perspectivas o profissional se insere nesse campo de conhecimento, reconhecido também como seu campo de trabalho.

### **2.1 Aspectos históricos: origem e trajetória do Serviço Social**

É no movimento de higiene mental no século XX que o Serviço Social aparece pela primeira vez no campo da saúde mental. Os antecedentes do movimento de higiene mental, emergem associados à psiquiatria francesa do século XIX com a publicação do *Tratado das Degenerências* de Morel, em 1857. Nesse período, a preocupação central da psiquiatria desloca-se do estudo e descrição dos sintomas e sinais visíveis da doença, para suas causas e gênese. Essa mudança teve importante repercussão na área da saúde mental e

(...) implica um claro deslocamento do campo do exercício do tratamento moral psiquiátrico para fora do asilo. Segundo Morel, até aquele momento, a sociedade tinha apenas instaurado uma “profilaxia defensiva”, isolando e tratando os indivíduos perigosos em lugares fechados. Agora ela deve realizar profilaxia preservadora, tentando modificar as condições intelectuais, físicas e morais daqueles que, por razões diversas foram separados dos outros homens (VASCONCELOS, 2002, p.130).

É baseado nesta premissa, que a psiquiatria muda sua principal atenção do indivíduo para a sociedade onde ele está inserido, confundindo-se com o movimento da higiene física e moral, devendo priorizar os focos de desordem e miséria (VASCONCELOS, 2002). A medicina é apontada por Morel como a responsável por indicar as causas das degenerências da população e os remédios necessários para tratá-las, fato que acarreta à medicina mais poder na sociedade e na relação com a população. O saber médico extrapolou os muros do asilo, e se estendeu para toda a sociedade, devido a que,

a partir desse tempo, os atos médicos passam a conhecer outras esferas de intervenção: “ambiciosamente”, todo o espaço social torna-se passível de intervenção [...] a medicina erege-se como um poder constituído, um poder cuja medicalização retirará ( assim pretende) os males da nova sociedade que se estabelece (GONÇALVES, 1983, p. 24).

Essa mudança que se inicia nesse período na França expande-se, permitindo que a psiquiatria adquirisse um novo estatuto disciplinar, como aponta Santos (1994, p.27):

A passagem de uma psiquiatria leiga, que atuava principalmente em asilos, instituições dirigidas por religiosas cristãs, para uma psiquiatria médica que paulatinamente foi assumindo a total responsabilidade do tratamento dado ao louco.

Essa “nova psiquiatria” [...] amplia sua relação com o Estado e a sociedade para além da relação meramente policiaesca (exclusão) para se dar, pelo menos, em dois novos níveis: relação médica (cura) e relação econômica (capital/trabalho).

Apesar de apresentar suas origens na França, é nos Estados Unidos, no começo do século XX que o movimento realmente se constitui como tal com a publicação do livro de Clifford Beers *Uma mente que encontrou a si mesma*, onde este relata sua história de internações psiquiátricas. Nasce o movimento de higiene mental, e com ele as ligas locais “coordenadas por um Comitê Nacional pela Higiene Mental” (VASCONCELOS, 2002, p.132). Na década de 20, as ligas difundem-se para os países europeus. Em 1919, é criada no

Brasil a Liga Eugênica Latino-americana em São Paulo, e em 1923, no Rio de Janeiro, a Liga Brasileira de Higiene Mental.

O movimento da higiene mental, que vai introduzir elementos da psiquiatria no Serviço Social norte americano, encontra-o articulado a partir de duas correntes de trabalho: a do *Settlement Movement* – movimento de residências sociais - e a das *Charity Organization Societies* – práticas assistenciais de concessão de auxílios predominantemente individuais por organizações caritativas, do qual fazia parte Mary Richmond. As idéias do movimento aparecem na mediação das práticas de *after-care* (cuidado pós-hospitalar) nos anos 10 e 20, particularmente com a fundação e as idéias dos psiquiatras do *Pathological Institute do New York State Hospital*, cujo diretor foi Adolf Meyer, momento em que os psiquiatras desse hospital,

[...] começaram a perceber a importância do meio ambiente do paciente e do conjunto de sua personalidade para a compreensão da doença mental e para o bom encaminhamento da alta [...]. Para isso, os trabalhadores sociais da época foram mobilizados para a coleta de dados sociais, econômicos, hereditários, físicos, familiares, mentais e emocionais dos pacientes, dando origem ao Serviço Social psiquiátrico nos Estados Unidos (SILVA, 1993; TRATTNER, 1979, *apud* VASCONCELOS, 2002, p.135).

Os anos anteriores à Primeira Guerra Mundial mostraram uma forte fusão entre o Serviço Social, o movimento de higiene mental e a psiquiatria. Contudo, como indica Vasconcelos (2002), é com a entrada dos Estados Unidos na Primeira Guerra Mundial, que as teorias psiquiátricas apresentam maior impacto no Serviço Social. O tratamento das neuroses de guerra dos soldados, o trabalho com as famílias visando “ajustamentos” nos planos infantil e familiar, exigiu do Serviço Social conhecimentos na área da psiquiatria.

A inserção do Serviço Social neste campo de trabalho começa a ganhar proporção com algumas publicações de Mary Richmond como *Diagnostic Social, Mental Conflict and Misconduct*, e *What is Social Casework*. É também com a participação de profissionais de

Serviço Social em conferências relacionadas ao tema, como aconteceu na *National Conference of Social Work*, com a presença de Mary Jarret, precursora do Serviço Social psiquiátrico norte-americano.

É na década de 20 que o movimento de higiene mental expande-se para a Europa, principalmente para a França, onde o principal recurso terapêutico concentrava-se nos hospitais psiquiátricos, oriundos dos anteriores hospitais gerais. Os internos eram pessoas consideradas loucas, que foram trancafiadas, vivendo em condições desumanas, apesar de já no século XVIII ter-se arraigado a idéia de que com a medicina no comando dos hospitais, ele se tornara “local de cura, ensino, e pesquisa médica”(ROSA, 2003, p.48).

No que diz respeito à inserção no Serviço Social, a tendência do movimento de higiene mental pode ser percebida nas duas principais linhas de trabalho da época: a das visitadoras sociais, e a das superintendentes de fábrica. Ambas demonstravam em seus discursos, idéias claras do movimento de higiene mental, como de limpeza moral, higiene moral e vigilância moral. No trabalho das visitadoras sociais pode ser percebido um fato que para o movimento de higiene mental teve relevância e aparece por vezes na literatura sobre o assunto. Trata-se da relação do movimento com os operários, inseridos em um contexto em que são importantes por serem produtivos e mantenedores do sistema capitalista que crescia:

Os operários – vistos, antes, como seres grosseiros que deviam ser aprimorados e reeducados – são perseguidos agora como seres anti-sociais que devem socializar-se a adaptar-se à sociedade estabelecida – cujo caráter natural e, por conseguinte, bom e necessariamente desigual, é afirmado incessantemente”(VERDÈS-LEROUX, 1986:30-3, *apud* VASCONCELOS, 2002, p.141).

Nessas duas linhas do trabalho do assistente social há forte influência médica na tomada de decisões. No Brasil as idéias higienistas inserem-se no pensamento da psiquiatria



na década de 20, e encontram a estrutura da saúde mental baseada em hospitais psiquiátricos com características como as apontadas por Lopes Rodrigues (1929 *apud* SANTOS, 1994, p.35):

Da maioria dos quartos, funcionando como prisões, partiam os gritos dos insanos, trancados, atados e imobilizados. Os esgares escoavam pelos corredores, em cujos lajeados outros tantos pacientes faziam com os punhos amarrados [...]. Cordas, correias, tiras, manchões argolas, lonas e coleiras formavam o arsenal patético [...] atirar montões de fezes pelas paredes, que iam até os tetos [...]. Diariamente o chamado carro forte da polícia despejava a porta do instituto, com guias dos delegados, magotes e loucos de todo gênero [...]. Os loucos com os pés e as mãos atados [...] eram castigados por um calabrote do couro, com uma argola de ferro na ponta e o relho mestre, vibrando por braços habituados a tratá-los por meio de todo aquele instrumental de sevícias.

Situações como esta aconteciam na Europa há séculos atrás, com as características de uma medicina leiga, onde as instituições muitas vezes eram dirigidas por ações religiosas.

Em 1923 é fundada a Liga Brasileira de Higiene Mental, conforme aponta Santos (1994, p.39),

Sua atuação inicial foi ao encontro do movimento de ampliação dos hospícios-colônias e defendia a melhora na saúde mental do louco através de medidas de higiene mental no interior das instituições psiquiátricas. Num segundo momento, desenvolve-se no seu interior uma concepção eugênica inspirada na psiquiatria organicista alemã e sustentada no corpo teórico da biologia. Esta tendência buscava o aprimoramento da raça alemã.

Nesse primeiro período em que as idéias higienistas inseriram-se na psiquiatria e na sociedade brasileira, não apresentaram muita intensidade política visto que apesar de possuir representantes no legislativo, estes não conseguiram aprovar nenhuma das propostas apresentadas. É no governo de Getúlio Vargas que as idéias higienistas tornam-se mais visíveis, por meio da realização de campanhas junto à população, instituições e mídia, adesão de outros governos, e ocupação de cargos importantes por higienistas na Assistência Pública e Legislativo.



Antonio Carlos Pacheco e Silva, fundador da Liga Brasileira e Paulista de Higiene Mental, se torna deputado e, fazendo parte da Constituinte, baseia-se na elaboração de uma Carta Constitucional, apontando o perfil das responsabilidades do Estado frente às questões da higiene e saúde pública. Pacheco e Silva tem papel importante na elaboração teórica que trata do tema com a publicação, em 1937, do livro *Serviços Sociais*. Havendo também desempenhado uma função importante que o levou à direção do Instituto de Organização Racional do Trabalho e ao cargo de professor da Escola Livre de Sociologia e Política de São Paulo.

O crescimento do Serviço Social psiquiátrico inserido no contexto de expansão das idéias higienistas possibilitou que a então deputada do grupo de parlamentares, Dra. Carlota Pereira de Moraes, fundasse a Escola de Serviço Social do Rio de Janeiro. O Serviço Social se apresenta tendo como função auxiliar nos processos de atendimento aos “desvalidos [...] os desajustados, como se diz hoje, incapacitados por causas individuais ou morais de se adaptar ao meio ambiente [...]” (QUEIROZ, 1950 *apud* VASCONCELOS, 2002, p. 145).

Nessa época, as Escolas de Serviço Social do Rio de Janeiro e São Paulo apresentavam em seus currículos várias disciplinas relacionadas ao higienismo, as quais permaneceram até 1970, quando da revisão curricular feita pelo Conselho Federal de Educação. Em seu livro *Serviço Social e Saúde Mental*, de 2002, Vasconcelos faz um levantamento importante das disciplinas que compunham esse currículo e constata que, além de disciplinas isoladas que tratavam do tema, alguns cursos de Serviço Social tinham a realização dos seus dois primeiros anos em conjunto com o curso de enfermagem, sendo que essa situação só foi modificada em 1960.

As idéias higienistas se inseriram em um Serviço Social fortemente construído em torno da doutrina da Igreja Católica. A relação entre as duas, por vezes, se tornava

contraditória e por vezes complementar. A partir da década de 40 a influência norte-americana permeia o campo do Serviço Social, conforme ilustra Vasconcelos (2002, p.183):

Este não significou uma ruptura com os princípios fundamentais da tradição higienista e doutrina católica, e sim apenas o aprofundamento e complexificação de alguns de seus componentes, particularmente no serviço social de casos, através da influência de uma das versões mais conservadoras do movimento psicanalítico, a psicologia do ego, que significou uma clara continuidade da perspectiva higienista nos Estados Unidos, com ênfase na adaptação e ajustamento dos indivíduos.

Com essa mudança, a psicologia do ego ocupa um espaço de continuidade nessa relação. No Brasil pode ser percebida nos trabalhos de inspiração direta do modelo das *Child Guidance Clinics*, propostas pelos higienistas norte americanos e brasileiros como “estratégia de diagnóstico e tratamento de ‘crianças-problema’ e implementação de educação higiênica nas escolas e nas famílias, sobretudo através dos Centros de Orientação Infantil (COI) e Juvenil (COJ)” (VASCONCELOS, 2002, p.183).

A partir de 1946, serviços desse tipo foram implantados no Rio de Janeiro e, posteriormente, em outros estados sob a forma de serviços ambulatoriais de psiquiatria para crianças e adolescentes. A ascensão do “Serviço Social Clínico” começava a difundir um modelo definido de Serviço Social *casework*, com ênfase na saúde mental.

Ao mesmo tempo em que era realizado o atendimento às demandas das crianças, adolescentes e suas famílias, o trabalho permitia desenvolver os objetivos higienistas, por meio de uma proposta fortemente adaptativa e mormatizadora.

Vasconcelos (2002, p.185) resume essas idéias:

A constituição do Serviço Social como profissão no Brasil é marcada, tanto pela vertente doutrinária católica quanto pela influência do movimento de higiene mental, por abordagens com forte ênfase nos aspectos individuais e psicológicos de problemas com dimensões políticas, sociais e econômicas mais amplas, constituindo uma clara estratégia de hiperpsicologização e individualização conservadora e moralizadora da força de trabalho e da

população em geral, como estratégia do Estado, das elites empresariais, da Igreja Católica, e da corporação médica.

É também no final dos anos 40 e início dos anos 50, principalmente com a criação do Serviço Nacional de Doença Mental, que são criados inúmeros hospícios-colônias em algumas capitais do país, baseados no trabalho agrícola dos internos.

Ainda no ano de 1946, outra influência pode ser percebida no trabalho do assistente social: trata-se do Serviço Social de inspiração junguiana. Essa corrente não teve muito desenvolvimento no campo teórico, mas comandou as oficinas terapêutico-expressivas da Dra. Nise da Silveira, que se constituíam em novas propostas de trabalho no campo da saúde mental. Dra Nise e sua equipe realizaram seu trabalho no Centro de Psiquiatria Nacional, em ambiente aberto, com atividades ocupacionais, profissionalizantes e artístico expressivas. Tinham por objetivo criar um espaço onde o paciente pudesse “projetar imagens interiores e promover um processo de individualização e desenvolvimento pessoal” (VASCONCELOS, 2002, p.186).

Também se inicia na década de 40, com a formação de vários assistentes sociais na Escola do Rio de Janeiro, a procura para que essas assistentes sociais pudessem ocupar espaço “na porta de entrada e saída” de enfermarias e asilos psiquiátricos. O que era, até então, presidido por médicos e realizado por profissionais sem nível universitário. As atividades realizadas eram baseadas em contatos com familiares e levantamento de dados do paciente. Realizavam-se com o intuito de atender as necessidades imediatas, como campanhas de arrecadação de roupas.

Percebe-se que este modelo apresenta-se ligado à prática da medicina tradicional, aspectos já identificados por Basaglia (BASAGLIA s/d *apud* VASCONCELOS 2002, p.187 –188) e seus seguidores:

[...] a psiquiatria, e a psicologia convencionais isolam um objeto fictício como entidade independente, a doença mental, da existência global e complexa de seus pacientes, com base em um paradigma racionalista e simplificador, e desenvolvem práticas superespecializadas com base em suas próprias competências, enquanto as outras dimensões e necessidades de seus usuários são negligenciadas, reduzidas (como faz o asilo psiquiátrico), ou despejadas em outras categorias profissionais ou instituições sociais. Assim, tudo que não é concebido como diretamente associado com o especificamente psíquico e somático não é considerado como problema daqueles profissionais e é empurrado nestas instituições para o Serviço Social, e/ou, através dele, encaminhado para outras agências sociais, ou simplesmente negligenciado.

Na década de 50 são apresentadas algumas mudanças no cenário da saúde e no tratamento ao “doente mental”. Com a criação do Ministério da Saúde, inicia-se a utilização de drogas antipsicóticas e percebe-se o efeito de recomendações da Organização Mundial de Saúde – OMS – para que investisse em ações de saúde mental, pois as mesmas eram consideradas importantes para evitar os desajustes que podem acompanhar a industrialização.

Com a expansão das idéias higienistas, cresce a demanda frente ao Estado por leitos em hospitais psiquiátricos, conforme mostra a análise realizada por Santos (1994, p. 52):

Dentre os vários fatores que serviram para provocar este aumento, três podem ser destacados: o crescimento populacional, a má distribuição de renda – e talvez o mais importante – os novos princípios que embasavam o conhecimento psiquiátrico, qual sejam, o da psiquiatria comunitária ou preventiva, que vê em tudo e a todos como “grupo de risco”, possivelmente “doente”.

A psiquiatria criara uma demanda que nem mais ele poderia atender. Diante disso Gomes (2001, p. 14) aponta:

Após o golpe de 64 inicia-se um novo período na psiquiatria, marcado pela criação de instituições psiquiátricas privadas, que desaceleram o crescimento das instituições públicas dessa natureza, nessa época, o Estado passa a destinar verbas para a manutenção da rede privada de assistência psiquiátrica, com o argumento de que o tratamento prestado nestas era melhor. Entretanto, o que se vê é o desvio de verbas e a criação de uma verdadeira “indústria da loucura”.

A década de 60 é marcada por políticas de saúde mental influenciadas pelo discurso do movimento de medicina preventiva nos Estados Unidos, enfatizando o discurso de prevenção, racionalização e planejamento. Inicia-se, como acima citado, o processo de privatização do atendimento em saúde mental em nível nacional e em nível internacional

[...]um remanejamento da assistência médica estabelecendo o direito à saúde que, vinculada diretamente ao poder do Estado, propiciou mudanças na teoria e na prática psiquiátrica. As mudanças ocorreram principalmente na Europa e nos Estados Unidos, que exigiam a dinamização da estrutura hospitalar e novas modalidades e condições de tratamento com vistas a uma maior eficácia na recuperação dos doentes.

Criam-se, em consequência, as comunidades terapêuticas, por mais uma vez se constatava a impotência da instituição psiquiátrica na cura das “doenças mentais” (SANTOS, 1994, p.45).

Rosa (2003) também menciona a criação das comunidades terapêuticas na Inglaterra, enquanto que na França ganhava espaço a psicoterapia institucional. Ambas consistiam em uma reforma dentro do próprio hospital. “para refuncionar sua imagem social e objetivos; tornar o hospital psiquiátrico ágil para devolver o enfermo para o processo produtivo”(ROSA, 2003, p.56). A autora ainda analisa que essas tendências consistiam em uma consolidação do hospital como eixo de atendimento:

Na crítica à estrutura asilar, considerada patológica, cronicada e propiciadora do hospitalismo. Embora seja identificada a “neurose/esclerose institucional”, perpetua-se a crença no hospital como lugar de cura e local terapêutico, necessitando de humanização, democratização e resgate de seus objetivos e funções sociais. Isto é, apesar de a enfermidade mental ser qualificada como subproduto do espaço hospitalar, esse pode ser remodelado e reorientado para cumprir sua missão inicial (ROSA, 2003, p. 56).

No Brasil, é na década de 60 e 70 que as comunidades terapêuticas começaram a se inserir no interior dos hospitais psiquiátricos. Impulsionadas pela repressão do período militar, a influência de experiências internacionais e do projeto pioneiro da Clínica Pinel, em Porto Alegre, começaram a surgir iniciativas semelhantes no Rio de Janeiro com trabalhos no

Instituto de Psiquiatria (IPUB), na Clínica Bela Vista, que se consolidou na unidade Olavo Rocha do Hospital Odilon Galloti (Centro Psiquiátrico Pedro II), pela experiência de uma comunidade terapêutica na enfermaria do Hospital Pinel, e iniciativas em outras clínicas privadas (década de 70).

Essas experiências tinham, segundo Vasconcelos (2002, p. 190), os seguintes propósitos:

Buscavam, em resumo, a democratização e a humanização das relações entre profissionais e usuários, através principalmente dos dispositivos grupais e coletivos de participação (grupos operativos, assembléias, etc), envolvendo também os familiares, e atividades de acompanhamento externo daqueles que recebessem licenças temporárias ou altas.

Para Basaglia e seus colegas, essas eram atitudes que apenas representaram um passo fundamental para uma posição de questionamento da instituição psiquiátrica.

Nesse contexto a presença de profissionais de Serviço Social se constituía, segundo Vasconcelos (2002, p. 190) de

forma bastante ativa e atuante, inclusive em funções de liderança. Entre elas se destacou Leda de Oliveira, integrante da equipe e Oswaldo Santos no Pedro II, que mais tarde ocupou, até o final da década de 70 a Coordenação do Serviço Social na Divisão de Saúde Mental (DINSAM), do Ministério da Saúde.

Eles baseavam seus trabalhos na busca de maior participação dos usuários nas decisões dentro das instituições, na saída do usuário do ambiente hospitalar para reinserção e em uma maior intervenção junto às famílias.

Assim, as comunidades terapêuticas ainda se diferenciavam das tendências anteriores no que diz respeito ao trabalho dos assistentes sociais. Pois exigiam maior compromisso político, questionamento da divisão do trabalho, até então baseado no saber



médico, e maior intervenção nas famílias no sentido de acompanhamento quando da saída do paciente.

No âmbito internacional, emergem na década de 60 a antipsiquiatria inglesa e a psiquiatria de tradição basagliana, “as quais operaram uma ruptura com o saber psiquiátrico e com o hospital psiquiátrico” (ROSA, 2003, p.56). Nelas o hospital é entendido como uma instituição de reprodução social onde se perpetua violência e se reproduz a violência que o paciente sofre na família e na sociedade.

A década de 70 é marcada no Brasil, pelo clima de afirmação da ideologia de que tudo estava bem no país, enquanto a dependência econômica em relação aos Estados Unidos aumentava em decorrência das tentativas de crescimento da industrialização do país.

A criminalidade e a violência eram usadas para justificar os aparatos repressivos e consensuais que o Estado utilizava para manter suas estruturas e não reconhecer que o sistema capitalista tinha um papel importante na criação das mesmas. O número de presos em presídios aumentou e registrou-se um maior controle do número de internações e em decorrência, como relata Santos (1994, p. 66) deu-se a lenta diminuição de internações:

Houve maior controle sobre os tempos médios de permanência e a proibição de internações, como foi o caso de São Paulo, onde Luiz Cerqueira como Coordenador de Saúde Mental, proibiu internações em Juqueri. Em Minas Gerais, criam-se centrais de internação; em Santa Catarina e no Rio Grande do Sul, iniciaram-se as ações de interiorização do cuidado psiquiátrico para reduzir a circulação de pacientes no interior para as colônias das capitais.

Essa situação voltou a modificar-se em pouco tempo com um novo aumento do número de internações.

O Serviço Nacional de Saúde Mental foi substituído pela Divisão Nacional de Saúde Mental – DINSAM – que tinha como atribuição, entre outras, “promover a participação da comunidade nos cuidados a seus dependentes”. Para esse fim, foram criados os

ambulatórios comunitários onde, por meio das equipes multiprofissionais, determinava-se a inserção do assistente social:

A exigência das equipes multiprofissionais fez com que outros saberes da ciência passassem a ter “voz e voto” neste meio, até então monopólio da psiquiatria, havendo, assim, o que se pode chamar de uma democratização da psiquiatria. Passou-se a requerer a atuação do psicólogo, do assistente social, do enfermeiro, dos auxiliares técnicos e de administradores. Exigiu-se terapeutas, psicopedagogos e sociólogos, embora tenham sido poucos os hospitais ou ambulatórios que trabalharam com equipe completa, ficando, no entanto, estabelecida a necessidade de uma equipe básica formada por psiquiatras, enfermeiros, assistentes sociais e psicólogos (SANTOS, 1994, p.67).

O autor acima citado afirma que esses profissionais se inseriram nas equipes multiprofissionais, em função de terem sido formados por uma “política elitista voltada para os interesses do bloco hegemônico da sociedade capitalista brasileira” (SANTOS, 1994, p.68). Ao mesmo tempo em que eram formados para trabalhar com “classes menos favorecidas”, no sentido de “ajustamento” do indivíduo, eram treinados para trabalhar com as classes dominantes em consultórios e hospitais particulares.

Diante do grande número de internações o governo cria, por meio da DINSAM, metas a serem atingidas, como: o preparo de agentes de saúde mental para as comunidades, a transferência de verbas para atividades extra-hospitalares e lotação de leitos psiquiátricos em hospitais gerais, entre outros.

Outra medida onde podemos perceber o apontamento para contratações de assistentes sociais foi a portaria do INAMPS, de 1973, criada mediante forte influência de organizações internacionais, com o objetivo de, entre outras coisas, contratar mais profissionais para os hospitais.

A década de 70 é marcada, por um lado, pela necessidade de mão-de-obra em decorrência da crescente industrialização. E, por outro, pela influência de movimentos,



principalmente o Movimento de Trabalhadores em Saúde Mental, que no Brasil, da mesma forma que em outros países, lutam pela desinstitucionalização da psiquiatria, mediante denúncias do tratamento desumano para com os “doentes mentais”.

A organização do Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental “ao lado da crítica do regime militar, colocou ênfase na necessidade de transformação do modelo de assistência a saúde mental oferecido no país”. (GOMES, 2001,p.16). Assim, em 1978, no contexto da emergência dos movimentos sociais e do fortalecimento das idéias de redemocratização, inicia-se o debate de crítica e mudança sobre a saúde e saúde mental o que vai adotar forças bem nítidas no momento da reforma sanitária e da reforma psiquiátrica.

Nesse período aconteceram várias conferências de saúde e saúde mental. Junto a propostas de criação do Sistema Único de Saúde, apontavam, entre outras coisas, a separação das ações na área da saúde de ações na área da previdência social, bem como apontavam a necessidade de uma reforma sanitária. Fazem também parte desse momento as propostas de constituição de equipes multidisciplinares em instituições de saúde, nas emergências psiquiátricas em pronto-socorros, e os leitos de curta permanência de pacientes em hospitais psiquiátricos.

No âmbito da profissão do Serviço Social os anos 70 e anos 80, foram de fundamental importância por terem se tornado palco do processo de reestruturação da profissão:

Significou um marco importante e fundamental de revisão de crítica e um questionamento global da profissão, nos seus fundamentos teórico-ideológicos, de suas raízes sócio-políticas, e das características da prática profissional, produzindo uma reavaliação significativa de sua compreensão do processo de desenvolvimento dos países latino-americanos dentro da divisão internacional do trabalho, da contextualização histórica de seu trabalho, forjando a criação de um projeto profissional abrangente, exigindo uma politização da ação dos profissionais e organizações corporativas e uma reestrutura da formação profissional, na qual ganham importância os

embates epistemológicos, metodológicos e ideológicos (VASCONCELOS, 2002, p.198).

No campo da saúde mental esse processo se exprime no “recalcamento da temática da subjetividade, sobretudo de seus aspectos relacionados ao inconsciente, à personalidade e ao campo das emoções”(VASCONCELOS, 2002, p.198). Com isso, o autor enfatiza que essas temáticas não mereceram muita atenção no momento da reconceituação.

Os anos 80 foram muito importantes para a consolidação da reforma psiquiátrica no país. Influenciada pelas teses do movimento de luta antimanicomial, da Organização Mundial de Saúde, da Organização Pan-americana de Saúde e da experiência de reforma iniciada por Franco Basaglia na Itália, promovendo o que posteriormente será experimentado como uma forte mudança na política de saúde no Brasil a partir dos anos 90. Essas mudanças e suas influências no Serviço Social tornam-se uma ampla possibilidade de aproximação com os princípios que já vinham direcionando o processo de reconceituação da profissão no país.

Com a eleição à presidência ganha por Fernando Collor de Mello e com os governantes sucessores à ele, percebe-se a predominância das políticas de cunho neoliberal que tem forte influência no país. Essa situação não favorecia a implementação das idéias suscitadas na Constituição Federal de 1988.

Na área da saúde mental percebe a impulsão de um novo dinamismo no modelo de reforma psiquiátrica, com o debate no Legislativo em torno do projeto de Lei do Deputado Federal Paulo Delgado. Conforme Oliveira (1987, p.17 *apud* ROSA, 2003, p.120):

A cidadania vai assim sendo ressignificada e adquirindo densidade no cotidiano na luta por sua ampliação a novos segmentos. Entra na dinâmica histórica como processo, “movimento que visa a incorporação de novos ‘grupos’ ou classes no gozo de direitos já reconhecidos e/ou a incorporação de novos direitos aos já existentes”.

Baseia-se a luta na busca pela real concretização da lei que expresse as necessidades dos portadores de transtorno mental. Na saúde mental há diversos debates sobre direitos sociais e direitos especiais, discutindo se o movimento deve ou não tomar como bandeira os direitos especiais, como analisa Vasconcelos (1997, p. 137 *apud* ROSA, 2003, p.121):

Dessa maneira, no interior do movimento de reforma psiquiátrica brasileira, a construção da cidadania sofre inflexão e complexificação, ao incorporar novos elementos que extrapolam os clássicos direitos civis, políticos e o sujeito da razão. Postula-se uma “cidadania ‘especial’ a ser inventada, marcada pela diferença colocada pela experiência da loucura e da desrazão, e que portanto, não pode ser identificada com a concepção convencional associada ao indivíduo racional, livre e autônomo”.

Vasconcelos (2002) analisa este período de 1992 à 1995 tomando como base os estados do sudeste. Constata que este período é marcado pelo “avanço e consolidação da perspectiva de desinstitucionalização psiquiátrica: ‘Desospitalização Saneadora’ e implantação da rede de Serviços de Atenção Psicossocial: emergência das Associações de Usuários e Familiares” (VASCONCELOS, 2002, p. 27).

Esse período apresentou grandes mudanças na história das políticas de saúde mental no Brasil. Algumas das transformações importantes desse período foram:

- Em 1993, “sob pressão social, o governo federal constitui a Comissão Nacional de Reforma Psiquiátrica com atribuição de definir os rumos e as diretrizes da política nacional de saúde mental” (ROSA, 2003, p.125). Essa Comissão passa a tomar as principais medidas na área da saúde mental pelo menos até 1996. Uma de suas propostas foi a implantação do Programa de Apoio a Desospitalização – PAD.

Esse programa, assim como os posteriores Núcleos de Atenção Psicossocial e os Centros de Atenção Psicossocial, estão inseridos nas propostas de municipalização apontadas na Constituição Federal, e na Lei Orgânica da Saúde.

- Em virtude dessas mudanças decorrentes das ações da Comissão e das novas idéias que se formavam sobre a saúde mental, o primeiro processo que aconteceu foi o da redução significativa do número de leitos em hospitais privados e públicos “sem as mínimas condições de hotelaria e assistência” (VASCONCELOS, 2002, p. 27).
- Paralelamente a este processo aconteceram também as substituições por leitos psiquiátricos em hospitais gerais e serviços de atenção psicossocial. “Em todos esses novos serviços, outros profissionais da área social e da saúde são chamados a fazer parte das equipes multiprofissionais mobilizadas” (VASCONCELOS, 2002, p. 28).
- Houve um relativo avanço da luta antimanicomial no plano legislativo
- Avanços significativos dos núcleos ligados ao movimento da luta antimanicomial. A partir de 1993 o Movimento de Luta Antimanicomial ganha visibilidade. Através de encontros nacionais bianuais, onde são discutidas propostas para o atendimento do portador de transtorno mental, demonstra-se a preocupação com a reprodução da cultura manicomial.

A partir de 1995, com o governo de Fernando Henrique Cardoso percebe-se o manutenção das políticas sociais subordinadas as políticas econômicas, característica da política neoliberal. Sobre essa política, Rosa (2003, p.129) afirma:

Em suma, a política do governo de FHC resume os volumes reduz os níveis de atividade produtiva, acentua o arrocho salarial, o desemprego, a precarização das relações de trabalho, penaliza os salários com elevação das taxas tributárias, ao mesmo tempo em que sucateia os serviços públicos e promove cortes na área social, acentuando o *apartheid* social (Buarque,1997), ao excluir grandes parcelas da população do usufruto de bens, serviços.

Esse contexto remete à população situações de violência, principalmente nas grandes cidades, suscitando fobias, stress, depressão, quadros de dependência química, onde a mesma não consegue mais sozinha manter a sua vida.

Também impõe limites à expansão da Reforma Psiquiátrica no plano federal, “tivemos no plano federal o verdadeiro bloqueio às tentativas de avanço da reforma a partir das novas portarias de serviços e programas [...], e um relativo esvaziamento do papel de liderança política da Coordenação de saúde mental, no Ministério da Saúde” (VASCONCELOS, 2002, p. 29).

O Movimento de Luta Manicomial está presente nas Conferências de Saúde, e encontros do próprio movimento. Durante a 10ª Conferência de Saúde (1996),<sup>4</sup> delibera-se no campo da saúde mental:

Incorporando saúde mental nas ações de atenção integral à saúde mental, defende-se a assistência em unidades de saúde e em novos serviços (Centros e Núcleos de Atenção Psicossocial – CAPS, NAPS, pensões protegidas, centros de convivência, lares abrigados e similares). Delibera-se pela “substituição progressiva dos hospitais psiquiátricos por Serviços de Atenção Integral à Saúde Mental até o ano de 2000” (Ministério da Saúde, 1996, p.108), guiados por uma atenção humana, ética, resolutiva, sob controle social, de fortalecimento da cidadania e “reativação da subjetividade dos portadores de transtorno mental”. Por intermédio de Centros e Núcleos de Atenção Psicossocial, recomenda-se a suspensão dos credenciamentos dos hospitais psiquiátricos, conduzindo o modelo assistencial para os serviços de base comunitária, rejeitando o hospital especializado. Determina-se, ainda, a regulamentação e implementação do Programa de Apoio a Desospitalização (ROSA, 2003, p. 131).

Apesar da difusão do Programa de Saúde da Família, onde aparecem as possibilidades do atendimento ao portador de transtorno mental nesse nível, o que vem se percebendo é que a política de saúde não se apresenta da mesma forma para toda a população. O Sistema Único de Saúde é entendido como sendo destinado somente à população pobre, na

idéia dos mínimos sociais Enquanto que, as famílias que possuem melhores condições financeiras, buscam clínicas particulares.

Com as propostas de desospitalização percebe-se a diminuição dos leitos em hospitais psiquiátricos. Contudo o número de abertura de leitos em hospitais gerais não os acompanha. Quanto aos serviços de bases comunitárias, ainda são vulneráveis em virtude do pouco tempo de história que possuem, da cultura manicomial ainda presente na sociedade, e da falta de conhecimento da população sobre esses serviços.

Avanços são percebidos nos leitos já fechados, e na construção dos novos serviços de base comunitária que estão sendo implantados. Eles também podem ser percebidos na mudança dos ideais do Movimento de Luta Antimanicomial, com o tempo percebe-se que há necessidade de uma mudança que extrapola o âmbito da psiquiatria, buscando desinstitucionalizar as relações sociais da sociedade em geral”(ROSA, 2003,p. 134).

## **1.2 Serviço Social e Saúde Mental no Brasil atual**

Com apresentação da trajetória do Serviço Social na saúde mental, percebemos que a assistência psiquiátrica tem se modificado muito e com ela, as profissões que a compõe. Hoje se baseia fundamentalmente nas idéias do movimento da reforma psiquiátrica, processo que foi precursor na Itália e que,

centra-se em uma mudança completa do paradigma do saber em saúde mental, e do ponto de vista assistencial, na constatação de que o hospital psiquiátrico tradicional é definitivamente antiterapêutico, e que a estratégia de conversão do sistema de cuidado deve partir da substituição radical do hospital por um amplo rol de serviços abertos e comunitários, capazes de assistir o usuário desde a crise aguda e as demandas de cuidado psicológico

até as necessidades mais amplas de caráter social (VASCONCELOS, 1997, p. 135).

As propostas de serviços de saúde mental abertos e comunitários são avanços percebidos na política nacional desde os anos 90, que ainda vem se concretizando em decorrência das lutas dos movimentos pela reforma psiquiátrica e pela aprovação, em 2001, da Lei nº 10.216 do Deputado Paulo Delgado (PT/MG).

Assim como os modelos de serviços de atenção passaram a constituir-se as novas propostas de trabalho, e em decorrência disso aumentarem com o passar dos anos no país, no campo dos saberes que compõem os trabalhos de saúde mental algumas mudanças também aconteceram. O poder e dominação da psiquiatria médica e o entendimento das outras profissões como paramédicas ainda é perceptível. Contudo, as novas propostas de práticas profissionais possuem como objetivo basear o seu trabalho em uma articulação horizontal entre os saberes, a chamada interdisciplinaridade no atendimento. Vasconcelos (1997, p.143) faz uma análise em torno da questão da interdisciplinaridade, fruto de algumas mudanças no campo da saúde mental:

A integração buscada hoje, se centra principalmente no objetivo histórico de revisão dos paradigmas que reduziram e aprisionaram a loucura como objeto de um saber exclusivamente médico e a superação das formas assistenciais segregadoras dentro do sistema público de saúde, e que desrespeitam a cidadania do louco. Nesse enquadre, a questão da complexidade e da singularidade do fenômeno da loucura (Catiel, 1994), bem como da qualidade dos serviços, do respeito dos direitos e ao aumento do poder contratual (empowerment) dos clientes/consumidores/usuários dos serviços, recebem a mesma ênfase reivindicada pela chamada cultura pós-moderna.

A proposta de interdisciplinaridade abrange também o campo de saberes do Serviço Social, cujos profissionais estão presentes nos trabalhos com saúde mental desde a década de 50. Certamente muitos desses profissionais se fizeram presentes na proposição de



interdisciplinaridade no atendimento e na luta pela reforma psiquiátrica, atuando hoje nas novas práticas por ela propostas.

Diante disso, remetemo-nos a questão de que, assim como o atendimento em saúde mental modificou-se durante as várias décadas em que existe, também a profissão do assistente social passou por vários acontecimentos durante esse período que o fizeram mudar a própria matéria – prima da profissão, com a reconceitualização profissional, assim como as suas formas de inserção e atuação nos diversos setores do campo social.

Hoje, o profissional de Serviço Social possui como matéria – prima e fundamento enquanto especialização do trabalho a questão social, entendida nas palavras de Yamamoto (2001, p.27) enquanto:

[...]o conjunto das expressões das desigualdades da sociedade capitalista madura, que tem uma raiz comum: a produção social é cada vez mais coletiva, o trabalho torna-se mais amplamente social, enquanto a apropriação de seus frutos mantém-se privada, monopolizada, por uma parte da sociedade.

A criação e institucionalização do Serviço Social enquanto profissão possui fortes raízes na expansão do capitalismo. Muitos autores defendem que a profissão foi desenvolvida pelo Estado com vistas a controlar as mazelas que acompanhavam o desenvolver desse sistema. Portanto constitui-se na “progressiva ação do Estado na regulação da vida social, quando passa a administrar e gerir o conflito de classes[...]” (IAMAMOTO, 2001, p.23) .

Assim, o que se pode perceber, é que o espaço histórico onde nasce e se institucionaliza o Serviço Social, enquanto profissão é o período em que o capitalismo se consolidava enquanto sistema econômico. Sociedade de trabalho assalariado fundado na divisão sócio-técnica do trabalho, responsável pelo processo de produção de riqueza utilizada



pela classe dominante, e com ela, responsável, também, por produzir desigualdade social, pobreza e exclusão.

Desde a sua institucionalização enquanto profissão, tem sido o Estado o maior empregador dos assistentes sociais, mesmo com o fato de constituir-se como uma profissão liberal. Situação esta que se reflete também no campo da saúde mental no decorrer da sua história, que sofreu uma pequena mudança no campo da saúde mental na década de 60, quando aumentaram as iniciativas de instituições da área privada. Contudo, apesar desse aumento, o Estado continua a constituir o maior empregador da profissão. Por ser responsável legalmente pelo bem-estar da população brasileira e tendo sido ele mesmo mentor da institucionalização da profissão.

Essa relação direta com o Estado remete à algumas considerações importantes para os profissionais de Serviço Social. Ao mesmo tempo em que no seu trabalho cotidiano o assistente social se depara com o aumento das desigualdades, do número de desempregados e do aumento do trabalho informal, que não apresenta garantias legais e previdenciárias para os trabalhadores, com pessoas sendo desnecessárias para o mercado de trabalho, necessita lidar com as mudanças no seu campo de atuação, visto este também ser um trabalhador assalariado e, portanto, também estar sofrendo esses impactos.

Complementamos com as palavras de Iamamoto (2001, p. 34):

As transformações no mundo do trabalho vêm acompanhadas de profundas mudanças na *esfera do Estado*, consubstanciadas na *Reforma do Estado*, exigidas pelas “políticas de ajuste”, tal como recomendadas pelo *Consenso de Washinton*. Em função da crise fiscal do Estado em um contexto recessivo, são reduzidas as possibilidades de financiamento dos serviços públicos; ao mesmo tempo, preceitua-se o “enxugamento” dos gastos governamentais, segundo os parâmetros neo-liberais.

A autora ainda complementa:

As repercussões da proposta neoliberal no campo das políticas sociais são nítidas, tornando-se cada vez mais focalizadas, mais centralizadas, mais privatizadas (Draibe, 1993). Presencia-se a desorganização e destruição dos serviços sociais públicos, em consequência do “enxugamento do Estado” em suas responsabilidades sociais. A preconizada redução do Estado é unidirecional: incide sobre a esfera de prestação de serviços sociais públicos que materializam direitos sociais dos cidadãos, de interesse da coletividade (IAMAMOTO, 2001, p.36).

Não podemos deixar de perceber que o trabalho do assistente social está inserido em um contexto mais amplo, o contexto das políticas neoliberais que possuem forte impacto sobre o campo da saúde como um todo e da saúde mental no país. Claramente perceptível na influência internacional nas políticas do país, e o descaso governamental com as áreas sociais. Vasconcelos faz referência a esse fator na área da saúde mental, quando coloca que “outro aspecto importante da reforma psiquiátrica e suas propostas interdisciplinares, bem como sua relação com a estrutura das políticas sociais, diz respeito à crise atual do Estado e às consequências políticas de ajustamento neoliberais” (VASCONCELOS, 2002, p. 149).

As políticas na área da saúde são forte retrato desse processo e relação de forças, onde aqueles que possuem condições financeiras buscam o atendimento privado, “restando” as políticas públicas para a população empobrecida.

As idéias das políticas neoliberais se contradizem com o projeto ético-político da profissão que vem sendo formulado desde a década de 80. Isto coloca os profissionais comprometidos com o projeto ético-político em situação que exige competência profissional e real comprometimento. Situação semelhante está presente no trabalho com outras políticas sociais, que não sejam as da área da saúde, e que são importantes espaços de trabalho e mediação dos profissionais:

O Serviço Social, enquanto um dos mecanismos de operacionalização das políticas sociais, ocupa um lugar significativo na transformação de necessidades sociais em demandas. Nesse sentido, é relevante sua dimensão política buscando desvendar o feixe de relações que interferem nas decisões

que interferem nas políticas sociais públicas, contribuindo para que suas ações não se esgotem na prestação de serviços, mas sinalizem para o seu aperfeiçoamento e atendimento efetivo dos interesses da população.

Para tanto, torna-se necessário que o profissional de Serviço Social compreenda os mecanismos estruturais e conjunturais da sociedade, das forças sociais que delineiam o perfil das políticas sociais públicas da realidade brasileira. Essa compreensão implica a articulação do movimento amplo da sociedade com as demandas locais, particulares que configuram o cotidiano profissional. “As análises da construção da democracia e dos direitos sociais como os da cidadania são cruciais para o posicionamento profissional do Serviço Social” (Sposati, 1992, p.24). Compreender os mecanismos de regulação social, do qual faz parte, entender esses mecanismos como produtos históricos decorrentes das relações estabelecidas na sociedade, é fundamental para a ampliação dos direitos sociais e políticos, tanto individuais quanto coletivos (NOGUEIRA e SIMIONATO, 1994, p. 56-57).

Assim, são várias as dimensões que devem chamar a atenção aos profissionais de Serviço Social, além da dimensão história que reúne determinantes centrais do significado social da profissão e do mundo do trabalho, torna-se necessária a apreensão da totalidade concreta, que não abrange somente o universo institucional, onde a prática é realizada, mas significa apreender a totalidade “dentro de um processo histórico profundamente condicionada pelas relações entre as classes na sociedade e direcionada tanto para as condições materiais, quanto para as condições sociais da vida da classe trabalhadora” (Lima, 2004). Assim, implica considerar as contradições advindas da dinâmica das relações sociais vigentes, visto que estas têm impactos nos espaços em que o Serviço Social busca ocupar enquanto profissional e na população com a qual irá intervir.

A inserção do assistente social no campo da saúde mental não se difere em termos gerais de inserção em qualquer outro campo de intervenção desse profissional, visto que o processo de trabalho tem suas bases na Lei que regulamenta a profissão, nº 8662 e no Código de Ética Profissional, ambos constituídos na década de 90. É em decorrência dessa legislação que a profissão intervém com base em um projeto ético-político entendido por Lima (2004)

como um processo que se apresenta em contínuo movimento, que possui a liberdade como valor ético central e que, na contemporaneidade tem o desafio especial de vencer o conservadorismo histórico que acompanha a profissão. Para que a ação profissional possa ter um cunho propositivo e possibilite a emancipação tanto do PTM, como de sua família, e das ações de defesa no campo da saúde mental.

É nesse meio conflituoso que o assistente social, profissional capacitado, vem construindo sua intervenção no campo da saúde mental há mais de meio século. Vale ressaltar que as formas de intervenção muito se modificaram nesses anos de história na saúde mental. A forma com que hoje se estrutura o trabalho do assistente social é resultado das formas com que era realizado, das mudanças que no decorrer do tempo tornaram-se necessárias e das novas demandas societárias.

### **3 METODOLOGIA**

Devido à falta de estudos sobre a temática aqui apresentada, propõe-se uma pesquisa empírica de natureza exploratória, tendo em vista que o objetivo da pesquisa não se constitui em testar hipóteses sobre a produção técnico-científica apresentada nos CBAS e ENPESS, e sim identificar alguns elementos que contribuem para uma análise das potencialidades e dos limites que apresenta a produção de Serviço Social nesse campo.

A pesquisa também é descritiva, no que diz respeito à apresentação do perfil dessa produção.

#### **3.1 Universo e amostra de pesquisa**

Essa pesquisa possui seu universo nas produções que atendem ao período de 1996 à 2004, o que corresponde a seis encontros, em função dos seguintes critérios:

- Contemporaneidade da produção: internacionalmente o critério para a caracterização de trabalhos recentes corresponde a cinco anos, nessa pesquisa consideramos seis anos em virtude da periodização dos CBAS e ENPESS, correspondendo aos três últimos encontros de cada evento.
- Produção nacional: foi delimitada pesquisa das produções em nível nacional, em função da mesma apresentar particularidades nesse nível, e não adquirir tamanho suficiente para ser desagregada e analisada em nível regional ou estadual.

A amostra de materiais foi selecionada em função dos seguintes critérios:

- A produção bibliográfica é extremamente reduzida em matéria de artigos e livros sobre o Serviço Social no campo da saúde mental, diante disso optou-se por selecionar materiais produzidos nos ENPESS e CBAS, por apresentarem-se em mais abundância.
- Pela heterogeneidade das produções apresentadas nos CBAS e ENPESS, por constituíram-se de produção científica dos pesquisadores, assim como análises de profissionais, oferecendo informações suficientes para o diagnóstico de tendências, modalidades temáticas e desafios para a área do Serviço Social. Além do que, a heterogeneidade das publicações permite captar a área multifacetada que é a inserção do Serviço Social nos trabalhos com saúde mental.

### **3.2 Critérios de inclusão/exclusão das produções**

Nas produções apresentados nos CBAS e ENPESS 49 possuem como temática central a saúde mental, duas delas não foram efetivamente publicadas, sendo analisadas portanto 47 produções. Dentre essas 47 produções, 05 repetiram-se, ou seja, foram apresentadas nos dois eventos (tanto CBAS e ENPESS) e para análise da pesquisa foram consideradas as duas vezes que aparecem.

Foram usados como critérios de inclusão das produções a apresentação da temática no título da produção, a inclusão das produções na temática geral saúde e dentro dela a especificidade saúde mental, bem como as referências à temáticas gerais ou específicas sobre saúde mental.

### 3.3 Análise das informações

A partir da abordagem conceitual do primeiro capítulo, onde procuramos localizar a inserção das ciências sociais no campo da saúde e da saúde mental, identificamos, ainda nesse capítulo, categorias de análise que dão conta das principais dimensões sócio-políticas e culturais da produção de ciências sociais em saúde mental e que, portanto, espera-se que o Serviço Social as considere nas suas análises, são elas:

- Ações de Defesa e Movimentos Sociais de usuários, familiares e profissionais;
- Políticas Públicas e Reforma Psiquiátrica;
- Assistência e cuidados em saúde mental;
- Desigualdades sociais em saúde mental;
- Percepções sociais sobre a loucura, a doença e a saúde mental;

Diante da análise categorial apresentada no primeiro capítulo, o segundo capítulo foi composto pela realização de relato e análise de como se deu a inserção do Serviço Social no campo da saúde mental no Brasil e no mundo, desde o seu surgimento até os dias atuais. Busca mapear a trajetória e a relação entre as áreas de conhecimento, da saúde mental e do Serviço Social.

No quarto capítulo, a partir da leitura de todas as produções dos CBAS e ENPESS, outras variáveis foram analisadas, com vistas a realização do perfil da produção e mapeamento das tendências que constituem as produções no interior do Serviço Social, quais sejam:

- Titulação dos autores;
- Região de origem dos trabalhos;
- Instituição da qual fazem parte;



- Incidência de trabalhos por ano;
- Incidência de trabalhos por evento;
- Natureza dos trabalhos;

Posteriormente realizamos uma análise da temática e identificamos as unidades de análise das produções, realizando também uma análise em conjunto com as dimensões sócio-políticas e culturais da saúde mental apresentadas no primeiro capítulo.

Quanto aos procedimentos técnicos, trabalhou-se com a análise categorial de conteúdo, nos termos em que defini Bardin (1977) o conjunto de técnicas mais utilizado, e que “funciona por operações de desmembramento do texto em unidades, em categorias segundo reagrupamentos analógicos” (BARDIN, 1977, p. 153). O autor ainda acrescenta sobre a análise temática também utilizada para realização dessa pesquisa: “entre as diferentes possibilidades de categorização, a investigação dos temas, ou a *análise temática*, é rápida e eficaz na condição de se aplicar a discursos directos [...] e simples” (BARDIN, 1977, p. 153).

Para que a pesquisa pudesse ser realizada, com a análise dos dados obtidos das produções dos CBAS e ENPESS, a fase classificatória constituiu-se da construção de uma matriz de dados. Esta, num primeiro momento, pautou-se na leitura dos trabalhos e caracterização geral dos conteúdos que fazem parte de cada um, conforme anexo B, e posteriormente na construção da caracterização de todas as produções por meio do levantamento do perfil das produções e sua agenda teórico- metodológica, conforme anexo C.

Vale destacar que os dados do perfil das produções (titulação dos autores, instituições da qual fazem parte, entre outros), foram extraídos exclusivamente das publicações dos ENPESS e CBAS, sendo que quando não informadas não buscamos outra possível fonte de informação.

As considerações e conclusões aqui apresentadas são contingentes ao universo pesquisado, cuja extensão abrange as produções relativas à saúde mental desses seis eventos.

## **4 PERFIL DA PRODUÇÃO DO SERVIÇO SOCIAL EM SAÚDE MENTAL: OS TRABALHOS APRESENTADOS NO CBAS E ENPESS**

Este capítulo corresponde a análise das produções dos ENPESS dos anos de 2000, 2002 e 2004, e dos CBAS dos anos de 1998, 2001 e 2004, compostas da temática Serviço Social e saúde mental. Serão analisados 47 trabalhos, correspondentes a 100% da produção publicada. Vale destacar que 05 produções, correspondendo a 10,65%, repetiram-se entre os encontros, estando inclusas nas análises.

Esse capítulo tem como objetivo em um primeiro momento traçar um perfil dessas produções, através das categorias: instituição onde foi realizado o trabalho, região de origem, titulação dos autores, natureza dos trabalhos, distribuição por anos e meio de divulgação, temáticas centrais e unidades de análise.

A segunda parte do capítulo traz uma análise da relação entre as dimensões sociais em saúde mental, apresentadas no capítulo anterior, com as produções apresentadas nos ENPESS e nos CBAS.

### **4.1 O perfil das produções em saúde mental**

Com o objetivo de traçar o perfil das produções apresentadas nos três últimos ENPESS e CBAS, a primeira parte desse capítulo analisa algumas categorias dessa produção. Isso para que possamos perceber as tendências e os desafios apresentados na produção de pesquisadores e profissionais de Serviço Social. Trata-se, portanto, de um mapeamento dessa produção.

### Contexto institucional dos trabalhos:

O contexto institucional dos trabalhos mostra em que tipo de instituição, pública e privada, o autor da produção realizada faz parte. Distribuem-se da seguinte forma:

TABELA 1

Produção por instituição

<b>Instituição</b>	<b>Número de produções</b>
Universidade Pública	28
Universidade Privada	04
Universidades Comunitárias	00
Conjunto de universidades – públicas, particulares e comunitárias	01
Órgão Público	07
Órgão Privado	00
ONG's	00
Não Informa	07
Total	47

Fonte primária

Os dados da tabela acima nos permitem constatar que as produções se realizam com maior frequência em universidades públicas - federais e estaduais - (28), enquanto que as universidades privadas apresentam quatro produções, e mais uma em conjunto com outra universidade pública e uma universidade comunitária (fundação).

Os órgãos públicos constituem o segundo contexto institucional a apresentar mais trabalhos (07), remetendo à constatação de que o campo institucional público, indiferente de

se constituir de universidades ou órgãos, são o espaço em que mais frequentemente produções são realizadas.

Nenhum trabalho foi apresentado sendo produzido pesquisadores em órgãos privados, ou organizações não-governamentais.

Região de origem dos trabalhos:

O ENPESS e CBAS são eventos que envolvem trabalhos de todo território nacional. A distribuição por região de origem dos trabalhos é demonstrada na tabela a seguir.

TABELA 2

Região de origem dos trabalhos

Região de origem	Número de trabalhos
Sudeste	31
Sul	05
Nordeste	04
Centro-oeste	01
Norte	01
Não informa	05
Total	47

Fonte primária

Como mostra a tabela, o maior número de trabalhos concentra-se na região sudeste (31), segundo análise que realizamos, principalmente na Universidade Federal do Rio de Janeiro, e na Universidade Estadual do Rio de Janeiro, que possuem núcleos de estudo nessa

área, ou pesquisa realizadas em mestrado ou doutorado. A região sul é região de origem de cinco trabalhos. Fica claro que a produção se concentra na região de maior desenvolvimento sócio-econômico, que é também uma região que mais concentrou manicômios e dispositivos psiquiátricos no Brasil (ALVES, 1992, *apud* PASSOS, 2003).

Passos (2003) ainda coloca que acredita ser possível que um maior número de mudanças nos serviços de saúde mental estejam igualmente concentradas na região sudeste, em decorrência de também possuírem o maior número de administrações municipais ligados à partidos de esquerda, esses que têm sido as principais protagonistas da reforma psiquiátrica em nível de administração pública.

A região Nordeste apresentou quatro trabalhos, também realizados por meio de universidade federal, a região Norte um trabalho, e cinco trabalhos não informaram a região de origem.

#### Titulação dos autores:

Nesse tópico buscou-se nas produções do ENPESS e CBAS as titulações dos autores. A primeira tabela dessa categoria leva em consideração que algumas produções foram realizadas em conjunto entre dois ou mais autores, sendo que todos os autores foram considerados neste momento de análise, totalizando, nas 47 produções, 60 autores. Cabe ressaltar também a titulação de cada autor refere-se também a data de publicação de cada uma, em virtude de alguns autores apresentaram produções em vários anos.

TABELA 3  
Titulação dos autores

<b>Titulação</b>	<b>Número de autores</b>
Graduação em andamento	05
Graduação	06
Especialização	02
Mestrado em andamento	03
Mestrado	05
Doutorado em andamento	13
Doutorado	01
Não informa	25
Total	60

Fonte primária

A tabela seguinte possui o mesmo objetivo que a tabela anterior, contudo nessa tabela relacionamos a titulação com o nome do primeiro autor que aparece nas produções, e não mais de todos os autores.



TABELA 4

Titulação dos autores segundo nome do primeiro autor

<b>Titulação</b>	<b>Número de autores segundo primeiro nome nas produções</b>
Graduação em andamento	05
Graduação	04
Especialização	02
Mestrado em andamento	03
Mestrado	05
Doutorado em andamento	05
Doutorado	00
Não informa	23
Total	47

Fonte primária

Com base nessas duas tabelas percebemos que foram apresentados treze trabalhos conjuntos, ou seja, com mais de um autor, durante esses seis eventos.

Quando analisamos a primeira tabela que apresentou a titulação de todos os autores, inclusive dos trabalhos realizados em conjunto, percebemos que a maioria das produções não apresenta informações sobre a titulação do autor (25). O que nos remete ao fato de que as publicações estão deixando de mostrar um dado importante para as pesquisas que possam ser realizadas sobre as produções. daquelas que apresentam, algumas titulações somente puderam ser identificadas por meio de conteúdos presentes no corpo do texto da produção.

As tabelas mostram que a maioria das produções foram realizadas por autores com titulação doutorado em andamento (13) e mestrado (05). Contudo, diante desses dados, é necessário levar em consideração que os números apresentados na titulação doutorado em andamento, 07 deles foram realizados enquanto orientações de acadêmicos com bolsa de iniciação científica (CNPq), portanto em conjunto com graduandos ou graduados. Esse número iguala-se ao número das produções em titulação mestrado, como pode ser visto na Tabela nº 04. Esses dois períodos de doutorado em andamento e mestrado, juntamente com mestrado em andamento (03) constituem-se de períodos em que as pesquisas são realizadas com mais frequência, onde academicamente elas não são somente incentivadas, como necessárias para aprovação.

A titulação graduação em andamento (05) corresponde às produções realizadas por pesquisadores de iniciação científica – CNPq – sob orientação. E é acompanhada das produções realizadas por graduados (06 quando analisados todos os autores, e 04 quando analisados o nome dos primeiros autores), seguidas das produções dos especialistas (02), e doutores (01), fato que chama atenção pelo baixo número de produções de autores com a titulação doutorado. Essa produção, conforme indica a análise das duas tabelas acima, nos permitem perceber que se trata de um trabalho realizado em conjunto com outro autor.

#### Natureza das produções:

A natureza do trabalho constitui a forma de como ele se apresenta. Assim foram identificadas produções em quatro categorias:

TABELA 5

Natureza das produções

<b>Natureza das produções</b>	<b>Número de produções</b>
Resultados de pesquisa	30
Pesquisa em andamento	03
Ensaio teórico	08
Relato de experiência profissional	06
Total	47

Fonte primária

A maioria das produções consiste na apresentação de resultados de pesquisa (30), o que possui ligação com o fato da maioria dos trabalhos serem realizados nas universidades. Os ensaios teóricos são a segunda natureza em maior número (08), seguidos dos relatos de experiências profissionais (06), que relatam novas propostas de práticas profissionais preconizadas pela reforma psiquiátrica em curso no país, ocorrendo principalmente em decorrência dos CBAS possibilitar aos assistentes sociais apresentarem suas experiências profissionais, e finalmente aparecem as pesquisas em andamento (03).

Para possibilitar uma melhor análise dos dados apresentados nessas primeiras tabelas, a próxima se constitui da realização de um cruzamento entre elas. É necessário que se tenha atenção, porque essa tabela considera apenas aquelas produções que apresentaram as titulações dos autores, assim 60 autores foram identificados nas 47 produções, contudo, somente 24 produções serão analisadas, que correspondem à 35 autores, onde foi informada a titulação.

TABELA 6

Natureza das produções e a titulação do autor

<b>Natureza da produção</b>	<b>Resultado de pesquisa</b>	<b>Pesquisa em andamento</b>	<b>Experiência profissional</b>	<b>Ensaio teórico</b>
<b>Titulação do autor</b>				
<b>Graduando</b>	03	00	00	02
<b>Graduado</b>	03	00	01	02
<b>Especialista</b>	02	00	00	00
<b>Mestrando</b>	01	02	00	00
<b>Mestre</b>	04	01	00	00
<b>Doutorando</b>	10	00	00	03
<b>Doutor</b>	01	00	00	00

Fonte primária

A partir do cruzamento realizado na tabela acima, percebe-se que as produções realizadas por graduandos mantêm-se entre resultados de pesquisa e ensaios teóricos (03 e 02, respectivamente). As produções de graduados, além de passar pela natureza resultados de pesquisa (03) e ensaios teóricos (02), também produz relatos de experiências profissionais (01). Os autores mestrando e os mestres apresentam produções tanto em resultados de pesquisas (01 e 04, respectivamente), quanto relatos de pesquisas em andamento (02 e 01, respectivamente). Os autores doutorandos concentram suas produções em resultados de pesquisa (10) e ensaios teóricos (03). Enquanto a única produção realizada por autor que possui a titulação de doutor é de natureza de resultado de pesquisa.

Percebe-se que a maioria das produções encontram-se nas titulações mestrado e doutorado em andamento, fato que reflete um período em que as pesquisas são exigidas pela academia, portanto, muitas das produções são parte das dissertações de mestrado e tese de doutorado, ou mesmo porque muitos dos alunos de mestrado e doutorado constituem-se professores universitários e, portanto, orientam pesquisas como as de iniciação científica.

Vale destacar que a análise dos dados apresentados nessa tabela ficou prejudicada em virtude do grande número de trabalhos que não informam a titulação dos autores.

Distribuição por ano de divulgação e por encontro:

A distribuição por ano de divulgação em que os eventos aconteceram se dá da seguinte forma:

TABELA 7

Distribuição de produção por ano

Ano	Número de produções
1998	05
2000	04
2001	10
2002	04
2004	24
Total	47

Fonte primária

Quanto aos meios de divulgação demonstra:

TABELA 8

Distribuição da produção por evento

<b>Evento</b>	<b>Número de produções</b>
CBAS	33
ENPESS	14
Total	47

Fonte primária

Assim, cruzando as duas tabelas teremos:

TABELA 9

Número de produções por ano e evento

<b>Evento</b>	<b>CBAS</b>	<b>ENPESS</b>
<b>Ano</b>		
1998	05	-
2000	-	04
2001	10	-
2002	-	04
2004	18	06
Total	33	14

Fonte primária

A imediata constatação que temos a partir dessas três últimas tabelas, é que a produção apresentada nos CBAS (33) é superior à apresentada nos ENPESS (14). Fato que acontece possivelmente porque o CBAS reúne produções tanto de pesquisadores de Serviço Social quanto assistentes sociais, enquanto o ENPESS restringe suas apresentações à pesquisadores de Serviço Social. Identificamos também que número de publicações na área da saúde mental no CBAS quanto o no ENPESS tem aumentado nesse período de seis anos. E que o ano em que mais apresentou produções foi o de 2004, tendo sido palco dos dois eventos (ENPESS e CBAS), mas não somente por isso, porque quando considerados individualmente,

o ano de 2004 também é o ano de maiores produções dos seis anos, apresentando somente no CBAS 18 produções.

#### **4.2 A agenda temática e as orientações teórico-metodológicas**

A análise das produções quanto à temática buscam fornecer um panorama geral dos conteúdos que a constituíram. Compõe-se, assim, de forma decrescente:

Discursos e práticas profissionais: estão agrupados nesta categoria os trabalhos que descrevem discursos e práticas de trabalho, ou seja, o trabalho dos serviços substitutivos e as práticas das equipes de profissionais. Alguns são relatos de experiências nos novos serviços de saúde mental, outras análises teóricas, assim como entrevistas com profissionais que atuam nos serviços e análise de práticas de diferentes cidades. Num total de 13 produções dividem-se em:

- a) Relato de experiência em oficinas e serviços substitutivos: 07
- b) Pesquisa com profissionais dos serviços: 02
- c) Análise de práticas em serviços de diferentes cidades: 01
- d) Análise geral das práticas em saúde mental, sem citar instituições: 04

Essa categoria apresenta grande produção em virtude das mudanças que foram necessárias às práticas em decorrência da reforma psiquiátrica no país, fato que tem impacto sobre todos os serviços de saúde mental. A maioria das quatorze produções consiste numa análise dessas novas propostas em programas, projetos, oficinas que realizam sua prática por meio de equipes multidisciplinares ou interdisciplinares. Outras produções foram realizadas por meio de entrevistas de profissionais que constroem essa prática, e outras constituem análises gerais sobre o assunto.



A questão da família na saúde mental: as produções que possuem a família do PTM como temática central totalizam sete. Podendo dividi-las da seguinte forma:

- e) Impactos do transtorno mental na família: 02
- f) Família e instituição: 01
- g) Família como provedora de cuidados: 04

Com a reforma psiquiátrica, a família que antes era alvo de culpabilização pelo transtorno mental, vista como causadora da “doença”, hoje é vista como provedora de cuidados, local ideal onde o PTM deve residir e receber cuidados. Incidindo sobre ela a necessidade de estruturar-se de novas formas, e manter uma nova relação com as instituições. Portanto, é uma temática necessária de estudos.

Direitos do PTM: são oito trabalhos que apresentam essa temática. Estão pautados no processo de reforma psiquiátrica, devido às mudanças que esse processo determinou nas políticas públicas e na legislação. Dessas oito produções, duas foram realizadas com análise nos serviços substitutivos, uma com análise na própria legislação no campo da saúde mental, outra com base nos direitos, a cidadania e a loucura; outras duas referem-se aos direitos do PTM preso, tendo como pano de fundo o sistema penal brasileiro, outra realiza uma análise da concepção de cidadania para os profissionais dos CAPS. Para finalizar uma das produções refere-se ao direito do PTM ao trabalho protegido<sup>1</sup>.

Condições de vida do PTM: são três produções que apresentam essa temática como central, apesar de várias outras produções também possuírem clara relação com ela, mas não a apresentando como temática com mais ênfase. Dessas três produções duas compõe-se da realização de perfil de usuários, uma delas de usuários de um hospital psiquiátrico público,

---

<sup>1</sup> A terminologia trabalho protegido é utilizada na produção apresentada no CBAS por Athayde (2001) para designar um tipo de trabalho adaptado às peculiaridades do PTM.

outra de pacientes de longa permanência em instituições psiquiátricas do Rio de Janeiro. Para finalizar, a outra produção consiste de um relato de um projeto em conjunto da Secretaria de Saúde e da Secretaria de Assistência Social que possui como temática as condições de vida do PTM morador de rua da cidade de Porto Alegre.

Saúde mental ocupacional: quatro trabalhos concentraram essa temática. Trata-se de um assunto que aparece muito pouco, porque só aparece quando ele é a temática central, possivelmente por ser algo mais específico. Ambos apresentam o trabalho como podendo levar a algum transtorno mental: um analisa uma categoria profissional, a dos motoristas de ônibus, outro analisa o trabalho em geral, e ainda outro estuda as condições de trabalho dos funcionários da Universidade Federal do Rio de Janeiro, e o outro realiza uma análise do sofrimento psíquico dos enfermeiros de um centro de tratamento intensivo.

Serviços substitutivos e descentralização: três trabalhos com essa temática foram encontrados, contudo pode-se perceber essa temática em praticamente todas as produções. Um dos trabalhos analisa os serviços de saúde mental do Estado do Pará, outro da cidade de Campina Grande – PB -, enquanto o outro analisa a desinstitucionalização em um lar de acolhimento feminino do Rio de Janeiro.

Movimentos sociais na saúde mental: também são dois trabalhos apresentando uma análise da história dos movimentos sociais em saúde mental, e das associações civis de familiares e usuários.

Indicadores sociais de análise de serviços: duas produções apresentam essa temática como central, foram escritos pela mesma autora em anos diferentes. A primeira relata a construção de indicadores, e a outra o resultado de construção que analisou os serviços substitutivos de saúde mental da região metropolitana de Porto Alegre.

Aspectos culturais da loucura: foi apresentado em duas produções dentre as 47. Esses trabalhos fazem uma análise da trajetória do entendimento da loucura, buscando analisá-la em relação às categorias subalternidade e opressão. Metodologicamente usando análise da trajetória de vida e história oral do PTM. Foram realizados pela mesma pesquisadora, porém em anos diferentes.

Saúde mental como campo de trabalho do assistente social: duas produções apresentaram o campo de trabalho do assistente social como temática. Várias outras citam o trabalho dos assistentes sociais, mas não o tem como tema central da produção. Uma das produções analisa o mercado de trabalho do assistente social no Estado de Alagoas, e a inserção do Serviço Social. Enquanto que a outra constitui uma pesquisa de como se constituiu a inserção do assistente social na saúde mental em determinado período, a década de 1970.

Controle social em saúde mental: um trabalho foi apresentado com essa temática, tratando-se de um ensaio teórico sobre a participação de usuários e familiares no controle social das políticas de saúde e saúde mental.

Essas temáticas em que a produção foi dividida são categorias criadas pela autora. Vale ressaltar que em muitas das produções não trabalham somente com uma dessas temáticas, mas com várias delas, foram, portanto, definidas pela temática que foi apresentada com mais ênfase.

Para uma melhor visualização e compreensão, a tabela a baixo mostra a temática e o número de produções correspondentes:

TABELA 10

Divisão e incidência de temáticas nas produções

<b>Temáticas</b>	<b>Número de produções</b>
Discursos e práticas profissionais	13
Questão da família na saúde mental	07
Direitos e cidadania do PTM	08
Condições de vida do PTM	03
Saúde mental ocupacional	04
Serviços substitutivos e desinstitucionalização	03
Movimentos sociais	02
Indicadores sociais de avaliação	02
Aspectos culturais da loucura	02
Saúde mental com campo de trabalho do assistente social	02
Controle social	01
Total	47

Fonte primária

É eloqüente que a temática mais apresentada nos trabalhos seja a prática profissional, em virtude dos encontros reunirem ou pesquisadores de Serviço Social, ou assistentes sociais, profissionais cuja intervenção é parte fundamental da profissão. Contudo, percebe-se que essa análise, quando apresentada dentro dos relatos de experiência profissional

a prática do assistente social não é muita aprofundada, tratando-se mais no sentido de equipe multidisciplinar ou interdisciplinar.

Antes de analisarmos a inserção das temáticas nas dimensões sócio-políticas e culturais apresentadas no primeiro capítulo, acreditamos ser interessante demonstrar quais foram as unidades de análise dessas produções, assim com qual a sua incidência:

TABELA 11  
Divisão da produção por unidades de análise

<b>Unidades de análise</b>	<b>Número de produções</b>
Serviços substitutivos – instituição	12
Portador de Transtorno Mental – usuários	10
Profissionais dos serviços substitutivos	06
PTM e família	04
História brasileira de atendimento em saúde mental	03
Categorias profissionais	03
PTM, famílias e profissionais	02
Família do PTM	02
Trabalho e trabalhadores em geral	02
Mercado de trabalho	01
Legislação	01
Prática em si (teórico)	01
Total	47

Fonte primária

Como demonstra a tabela, a maioria das produções apresenta como unidade de análise os serviços substitutivos (12) muitos relacionados às análises de práticas profissionais. O portador de transtorno mental, ou seja, os usuários, estão em segundo lugar na tabela (10), abrangendo pesquisas desde perfil dos mesmos, à suas condições de vida, mas principalmente sua inserção em instituições e serviços. Os profissionais dos serviços de saúde mental parecem em seguida com o número de 06 produções. Trabalhos que possuem como unidade de análise tanto os PTM quanto seus familiares aparecem no número de 04 trabalhos. Posteriormente aparece a unidade de análise história da política de atendimento no Brasil (03), aqui entendida como abrangendo as formas de atendimento, inserção de profissionais nos períodos históricos, e história dos movimentos sociais em saúde mental, e as categorias profissionais (03). Posteriormente aparecem os trabalhos que possuem como unidade de análise usuários, familiares e profissionais, somente familiares, e os trabalhadores em geral (sem especificar categorias profissionais) com 02 produções. Com um trabalho, as unidades de análise que foram apresentados foram a legislação, o mercado de trabalho do assistente social, os trabalhadores em geral (não específica) e a prática em si, que trata-se de uma análise teórica sobre a prática profissional.

Diante da apresentação e análise das temáticas e unidades de análise que compõe a produção em saúde mental apresentada nos CBAS e nos ENPESS, faremos uma análise das mesmas em relação com as dimensões sócio-políticas e culturais da saúde mental apresentadas no primeiro capítulo. Objetivamos com tal análise identificar de que forma as produções em Serviço Social se inserem nessas dimensões, à que dimensões atendem, as que não estão abarcando, ou o que as produções contemplam e não estão relatadas nas dimensões. Buscando,

assim, a percepção dos rumos, tendências, perspectivas e desafios que se apresentam aos profissionais de Serviço Social.

1) Ações de defesa e movimentos sociais de usuários, familiares e profissionais de saúde mental: essa dimensão sócio-política e cultural aparece nas produções do ENPESS e do CBASS como temática central por duas vezes, contudo são o mesmo trabalho, ou seja, o mesmo trabalho foi apresentado nos dois eventos no ano de 2004. Estão baseados trajetória histórica dos movimentos em saúde mental. A produção de pesquisadores da UERJ, Duarte e Radocz (2004)<sup>2</sup>, objetivou “discutir o surgimento das organizações de familiares e usuários de saúde mental no Brasil, tendo em vista o contexto político em que emergiam” (DUARTE e RADOZ, 2004, p. 01). Como questão secundária este trabalho apresenta a inserção familiar nos movimentos sociais e na saúde mental.

Como citado acima, esses trabalhos se baseiam na história dos movimentos sociais, citando o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental quando do seu surgimento, com a crise da Divisão Nacional de Saúde Mental – DINSAM, num momento em que o campo da saúde mental estava começando sendo palco das denúncias de abandono e maus tratos ocorridos dentro dos hospitais psiquiátricos. Os autores colocam que num primeiro momento a formação do movimento era composta por profissionais em saúde, e posteriormente, com a mudança de concepção sobre a família na saúde mental, deu-se a inserção dos familiares, que surgem como atores políticos em busca da ampliação dos serviços substitutivos e dos direitos no campo da saúde mental.

---

<sup>2</sup> A bibliografia dessa produção, assim como dos próximos autores citados, consta no anexo A – Bibliografia de análise.



A produção relata também que a inserção dos familiares nas lutas pela saúde mental se deu com a criação da Sociedade dos Serviços Gerais para a Integração Social pelo Trabalho, em 1979. Desde então, novas associações foram criadas, tanto aquelas que defendiam a continuidade de instituições que visam às internações, quando aquelas baseadas na reforma psiquiátrica.

A produção ainda realiza uma análise histórica dos movimentos de familiares e usuários durante a década de 80 e 90, décadas de suma importância para a consolidação da reforma psiquiátrica no país. Décadas em que também surgem movimentos que relacionam a desinstitucionalização dos serviços à desassistência por parte do Estado em relação às políticas públicas.

Assim, essas produções atendem à duas linhas seguidas pelos movimentos de usuários e familiares no campo da saúde mental, a linha que segue as propostas da desinstitucionalização e da reforma psiquiátrica, e a linha que acredita que o fim das instituições de internação psiquiátrica e a sua substituição por serviços abertos será na verdade uma forma de desassistência ao PTM e sua família.

As produções dos eventos que têm os movimentos sociais como temáticas centrais são somente esses dois trabalhos, mas esta é uma temática que aparece em alguns outros trabalhos, principalmente nos momentos que trazem um breve histórico das políticas de atendimento, que contribui para um melhor entendimento da temática central desses trabalhos. Todavia nesse sentido muito pouco traz de novo para contribuir, por só fazer menção ao tema, mas não aprofundá-lo.

Nesse sentido podemos citar o trabalho de Bernardo, de 1998, anterior à produção de Radocz e Duarte (2004), que foi realizado no contexto histórico em que a Lei de reforma psiquiátrica ainda não havia sido aprovada. A autora coloca da importância de emergência de

movimentos e lutas a favor da reordenamento das políticas sociais, e em especial das políticas de saúde mental, dando ênfase ao Movimento de Reforma Psiquiátrica na luta pelo resgate da cidadania do PTM e na reconstrução de novos paradigmas teórico-práticos.

Outro trabalho que não apresenta essa temática como central, mas faz menção à sua importância é o trabalho de Rosa (2001). A partir da análise da inserção da família no cuidado do PTM, remete à inserção da mesma no interior dos movimentos sociais, tornando-se um ator político principalmente na década de 90. Essa mesma autora, em trabalho realizado em 2004, quando analisa a prática do assistente social com as famílias, aponta a construção do movimento de reforma psiquiátrica brasileira como algo singular em virtude desse ter sido um movimento que nasce a partir do próprio aparelho do Estado autoritário, onde a partir da iniciativa do Estado de criar ambulatorios para a realização assistência psiquiátrica cria também uma nova proposta, que vai proporcionar a emergência dos movimentos sociais com a crise da DINSAN.

Já o trabalho de Brasileiro (2004) aponta os movimentos organizados pelos trabalhadores em saúde mental, pela reforma psiquiátrica e luta antimanicomial, como responsáveis pelo avanço de na política de saúde mental no país.

Cabe destacar que com a análise do perfil das produções realizada anteriormente, identificamos que a produção sobre os movimentos sociais ficou em defasagem nos dois primeiros ENPESS e CBAS pesquisados, sendo apresentado somente no ano de 2004, e ainda assim somente os mesmos trabalhos. Portanto, percebe-se claramente que são poucas as produções que centralizam-se nessa temática.

Percebe-se também, que o que de produção existe trata mais do passado dos movimentos sociais, do que do presente, o que pode vir a acontecer em virtude do período em que a maior bandeira de luta já tenha sido conquistada com a aprovação da Lei 10.216/01.

Mesmo assim os movimentos possuem outras bandeiras de luta que estão sendo pouco mostradas na produção dos eventos. Consideramos também que os trabalhos que citam brevemente os movimentos sociais e as associações civis são muitos, e nem todos foram aqui apontados por acreditarmos que eles se mantêm sob a mesma intenção de não aprofundar o assunto, citando quase sempre a mesma análise de sua importância ou quando se deu sua emergência na história do Brasil.

2) Políticas públicas e reforma psiquiátrica: nenhuma produção dos seis eventos analisados apresenta essa dimensão social como temática central. Contudo, ela é pano de fundo para realização de praticamente todos os trabalhos, desde aqueles baseados nas práticas profissionais e nos cuidados, àquelas que trazem a temática dos movimentos sociais (que tinham como bandeira de luta as mudanças no campo da saúde mental, e assim a reforma psiquiátrica) àqueles que buscam análises no campo do direito do PTM e sua família.

O que se percebe nos trabalhos apresentados nos CBAS e ENPESS é que contextualizam sua temática central com base nas políticas públicas e na reforma psiquiátrica. Ao mesmo tempo em que muitos se baseiam no momento atual, outros também citam um pouco da história do movimento de reforma psiquiátrica e constituição das políticas públicas. Assim, principalmente quando da introdução dos trabalhos, os autores localizam a produção como tendo base nas propostas da reforma psiquiátrica. Outros apresentam avaliações de serviços que são parte das políticas públicas, e, por conseguinte, da reforma psiquiátrica, trabalhando com o modo com que se apresentam as políticas públicas para sua cidade ou Estado. Outros fazem análise dos próprios serviços substitutivos de regiões, parte das políticas públicas, como Salles (et. al., 2004), que realiza um análise dos serviços de algumas cidades de Minas Gerais, e Mendes (2004), dos serviços substitutivos do Estado do Pará. Essas

autoras colocam claramente que estão analisando esses serviços no processo de reforma psiquiátrica.

Outro aspecto que podemos identificar nas produções que se relaciona a essa dimensão sócio-política e cultural, e que são indicados por Dias (2000, 2002) já no momento inicial serem constituídos a partir de pressupostos da reforma psiquiátrica, é o aspecto de avaliação dos serviços substitutivos das políticas públicas da região metropolitana de Porto Alegre. A autora apresenta o trabalho em dois anos diferentes, visto que um deles é apresentado no momento de construção dos indicadores sociais de análise e o outro é a apresentação dos resultados da aplicação dos indicadores sociais. Esses trabalhos apontam para a forma de efetivação das políticas sociais no Estado do Rio Grande do Sul, no caso, a descentralização das políticas. Cabe destacar ainda na produção apresentada no ano de 2002, que a proposta da pesquisa não resultou somente na apresentação do resultado dos indicadores, mas também na elaboração de orientações para o funcionamento dos serviços de saúde mental.

A produção de Robaina (2004), também insere-se nessa análise e trabalha a questão do controle social na política de saúde mental como temática principal, entendendo o mesmo como uma possibilidade da população exercer influência nas políticas públicas. Diante disso, segundo a autora, devemos perceber que com o avanço do neoliberalismo a população por vezes é vista como “comitês executivos”, e não como realmente participação, ao invés de um controle social preconizado pela reforma sanitária, o que na verdade evidencia a necessidade de participação da sociedade civil nesse processo. A autora também enfatiza a necessidade de entender o controle social enquanto garantia dos direitos sociais, pois os direitos muitas vezes são decorrentes da intervenção da sociedade civil.

Outra temática que podemos identificar claramente, e que podemos analisar também dentro das políticas públicas e da reforma psiquiátrica, é a temática de direitos e

cidadania do PTM, visto que é uma das dimensões que as integram. Cunha e Duarte (2004) partem da idéia de que a questão da cidadania é princípio central da reforma psiquiátrica brasileira, e diante disso realizam uma pesquisa empírica com profissionais de CAPS para verificação do que os mesmos entendem por cidadania em saúde mental. Os resultados alcançados permeiam a idéia de necessidade de resgate da cidadania, aumentando as redes sociais e as garantias dos direitos básicos do PTM.

Ainda na temática sobre os direitos, dois trabalhos apresentados tiveram como pano de fundo para sua realização as mudanças nas políticas públicas do Brasil, e de outros países em decorrência da reforma do Estado. Cardoso e Pellizzaro (2002) abrangem a temática de constituição da legislação dos países do Mercosul, apontando as perspectivas e as discussões que acontecem em cada país. As mesmas autoras, em trabalho apresentado em 2004, realizam uma discussão em torno das conquistas a partir da aprovação da Lei 10.216/01, sob o aspecto que o processo de reforma do Estado tem seus impactos sobre as políticas de saúde mental. Para isso realizam pesquisa empírica tendo como unidade de análise os serviços de saúde mental da cidade de Blumenau- Santa Catarina, onde buscam avanços nas políticas e obstáculos para melhoria do trabalho nesses serviços.

As mudanças nas políticas públicas e a emergência do Terceiro Setor também são análises realizadas e apresentadas por Rosa (2000, 2001). A autora coloca que esse é um processo que deve ser pensado com cuidado, e além disso há necessidade de analisá-lo dentro do Serviço Social, para que, iniciativas que não tenham o Estado como responsável direto não acabem por terceirizar também a pobreza e o desemprego, contribuindo ainda mais para aumentar a alienação na população.

Além desses trabalhos, quando analisamos a questão dos direitos e da cidadania necessários para a efetivação de políticas públicas baseadas na reforma psiquiátrica,

identificamos a questão do trabalho protegido como direito do PTM, apontado pela Athayde (2001) como uma reconstrução da idéia de trabalho para o PTM.

Diante da identificação realizada acima, que apresentou como objetivo relacionar os trabalhos quer inserem-se na dimensão sócio-política e cultural políticas públicas e reforma psiquiátrica, queremos ressaltar que não são somente os trabalhos que englobam a questão do controle social, dos direitos e cidadania, ou avaliação dos serviços de saúde mental que fazem menção, ou mesmo são construídos baseados no processo de reforma psiquiátrica e nas políticas públicas de saúde mental. Essa dimensão sócio-política e cultural é mais ampla que as próprias temáticas e, portanto, pano de fundo e base para a construção de muitos trabalhos.

4) Assistência e Cuidados em Saúde Mental: essa temática vem sendo bastante trabalhada nos últimos ENPESS e CBAS, possivelmente em virtude das mudanças nos processos de cuidado ao PTM, tanto no que diz respeito à família, quanto as cuidados e práticas profissionais. Vale salientar que colocamos que essas mudanças no campo do cuidado vem acontecendo em decorrência do processo de reforma psiquiátrica, porque já vinham acontecendo antes da aprovação da Lei 10.216/01, com as portarias ministeriais que foram sendo aprovadas no decorrer dos doze anos entre a proposta e a aprovação da Lei.

Para uma análise mais clara da relação entre essa dimensão sócio-política e cultural com os trabalhos apresentados, optamos por analisar separadamente trabalhos que possuem como unidade de análise ou temática a assistência e os cuidados prestados pela família, trabalhos que possuem como temática a assistência e os cuidados prestados por profissionais e, posteriormente faremos um breve relato de propostas de mudanças apresentadas nas práticas, em oficinas, projetos ou serviços.



Quando nos remetemos aos trabalhos apresentados sobre assistência e cuidados prestados pela família, percebemos que eles realizam uma análise contextual de como a família foi entendida historicamente pela sociedade e pela psiquiatria. De forma que, como aponta Rosa (2000, 2001), a relação da família com o PTM é uma relação historicamente construída. Nesse sentido, o trabalho de Sendra e Duarte (2004) traz um breve relato dessa trajetória pela qual passou a família, colocando que o desenvolvimento da psiquiatria exclui a loucura do espaço de convívio familiar, isolando-a em hospitais gerais e depois em hospitais psiquiátricos. Fato de exclusão que é retrato do contexto de cuidados direcionado aos pobres, já que estes eram vistos como ameaça à classe social dominante, e que, portanto, eram internados. Formando assim, a idéia da família como causadora do transtorno e desresponsabilizada pelo cuidado do PTM, situação que veio a se modificar com a emergência das propostas de reforma psiquiátrica que colocam a família como espaço privilegiado de convívio e cuidado ao mesmo.

É nesse momento histórico que continua a análise realizada por Sendra e Duarte (2004). Os autores estudam as estratégias utilizadas pela família para enfrentar as novas demandas que lhes foram colocadas diante do contexto apresentado pela desresponsabilização do Estado nas políticas públicas, onde menos recursos são repassados pela descentralização para os serviços de base comunitária, assim como para assistência às famílias do que aquele que é gasto pelo sistema de internação nos hospitais psiquiátricos que ainda existem. Esse fato se complexifica ainda mais quando analisada a não preparação da família para assumir os encargos de cuidado ao PTM.

Também se inserem nesse momento histórico de efetivação das políticas de desinstitucionalização as análises realizadas por Rosa (2000, 2001) sobre os impactos que essa mudança causa na dinâmica familiar. A autora aponta para as mudanças necessárias na família



para dar conta dos cuidados ao PTM, dando atenção relevante para a necessidade de destinação de um cuidador dentro da família, o que produz mudanças econômicas na mesma, porque o cuidador não poderá mais auxiliar na renda doméstica. Ainda sobre a análise, a autora trabalha a questão de gênero que aponta a mulher como principal cuidadora, principalmente as mães, apontando o cuidado como “obrigação natural” da família porque faz parte das relações amorosas entre a mesma.

Destacamos ainda o trabalho de Bernardo (2001), que posterior a sua apresentação de trabalho em 1998, da continuidade à pesquisa trazendo o conceito de família não como algo natural e imutável, mas como uma arena de conflitos onde os membros se articulam com relação à capitais e recursos internos e externos. Também coloca do enfoque dado, na instituição em que realizou a pesquisa empírica, sobre a construção e manutenção dos vínculos familiares, introduzindo a questão da família em uma discussão no âmbito político e institucional, a fim de envolver a família em sua totalidade.

A assistência e os cuidados prestados pelos profissionais também são temáticas presentes nas produções no Serviço Social, trabalhadas principalmente por Duarte em vários trabalhos apresentados em anos diferentes. Já no ano de 1998, Duarte traz a temática do cuidado nos processos de trabalho em saúde, a partir de uma análise de um serviço de saúde mental do Rio de Janeiro. Baseado no processo de reforma psiquiátrica realiza uma análise teórico-conceitual do termo cuidador. Em continuidade a essa pesquisa outras foram realizadas por Duarte, como o trabalho apresentado em 2002 que, também no sentido dos cuidados em instituição psiquiátrica, estuda os termos escutar, acolher, interagir, acompanhar e inserir nos trabalhos em equipe, já depois da aprovação da Lei de reforma psiquiátrica. Nesse trabalho é realizada uma pesquisa empírica com os profissionais inseridos nas equipes com o objetivo de

analisar como se dá a micropolítica dos processos de trabalho em equipe, e a dinâmica do trabalho vivo na instituição.

A produção que engloba os cuidados e a assistência por parte dos profissionais é praticamente constituída por trabalhos de Duarte. Em conjunto com Sendra (2004), trabalho já citado a cima, estende a sua análise para os cuidados profissionais. Nesse caso é realizada pesquisa com profissionais que pensam a rotulação da sociedade para com o PTM, e de uma cultura terapêutica que preconiza os cuidados médicos e deixa o usuário no local de paciente, como objeto do tratamento, e não como sujeito. Duarte (2004) realiza outro trabalho nesse sentido, apresentado tanto no CBAS quanto no ENPESS, que parte da análise do trabalho em saúde mental em geral, para depois contextualizar social e institucionalmente o campo de atenção psicossocial, para com isso problematizar a questão dos cuidados nos CAPS.

Esses trabalhos apresentados por Duarte fazem parte de uma mesma pesquisa realizada em relação à Universidade Estadual do Rio de Janeiro, possibilitando assim, uma análise continuada da temática dos cuidados e assistência em saúde mental.

Também inseridos na dimensão sócio-política de assistência e cuidados, relacionamos ainda as produções que são relatos de experiência profissional ou análises de práticas profissionais, entendidos aqui como formas de cuidado e assistência prestados pelos serviços de saúde mental. Percebe-se que no decorrer do andamento dos encontros, os trabalhos começaram a apresentar maiores iniciativas de práticas interdisciplinares e novas práticas em oficinas, projetos ou serviços substitutivos.

Neste sentido são apresentados alguns trabalhos, como o relato de uma experiência profissional de parceria entre Secretaria de Assistência e de Saúde da cidade de Porto Alegre que atende a preocupação das condições de vida do PTM morador de rua (SILVA, 2004); trabalhos de iniciativa de grupos de PTM dentro do atendimento prestado pelo Programa

Saúde da Família de Campina Grande –Paraíba (SOUZA, 2004); relato de grupos de idosos em residência dentro de hospitais psiquiátricos (SANTOS, 1998), relato de funcionamento de projetos que buscam intermediar o momento de saída de hospitais psiquiátricos para a volta ao convívio com a sociedade (HAUER, 1998). Esses trabalhos tratam de formas diferentes de cuidar, por serem apresentados por autores diferentes, em anos diferentes. Alguns são até mesmo apresentados antes da consolidação da Lei nº 10.216/01, portanto baseavam-se no momento do processo de reforma psiquiátrica, e não no período posterior à sua consolidação.

As produções que falam sobre o tema de cuidados e assistência em saúde mental são bastante amplas, atendendo às três dimensões apontadas a cima, os cuidados prestados pela família, pelos profissionais, e as novas propostas de oficinas, serviços, ou projetos. Essa produção decorre das mudanças políticas e legislativas que vêm acontecendo no país com o processo de reforma psiquiátrica.

4) Desigualdades Sociais em saúde mental: essa dimensão sócio-política e cultural da saúde mental não é trabalhada de forma direta nos trabalhos apresentados. É perceptível somente nos trabalhos que tratam de censos em hospitais ou serviços de saúde mental, em trabalhos que possuem como temática as condições de trabalho de categorias profissionais, ou mesmo como as condições de trabalho influenciam sobre a saúde mental em geral.

Dois trabalhos foram apresentados sobre censos de pacientes, ambos em hospitais psiquiátricos, contudo, o trabalho realizado por Delgado et. al. (2001) não aponta para análises de particularidades da vida de cada paciente, mas para os números de leitos psiquiátricos que ainda existem no Estado do Rio de Janeiro, ocupados por pacientes de longa permanência. Quanto aos aspectos que podemos relacionar com a dimensão social que está em análise, o trabalho apresentado por Rosa (1998) sobre o perfil dos pacientes psiquiátricos do Hospital

Areolino de Abreu, único hospital psiquiátrico público do Estado do Piauí, demonstra algumas desigualdades sociais que podem ser percebidos nos pacientes internados. Contudo, não há evidência que assim seja em todos os outros hospitais que ainda existem e mesmo nos outros serviços, ou na sociedade como um todo.

Rosa (1998) aponta para algumas desigualdades como a de gênero, onde há mais homens do que mulheres internados, em virtude de uma ala de pacientes ex-usuários de drogas. Quanto à idade dos internos se percebe que as mulheres, em sua maioria encontram-se entre os 35 e 45 anos, período apontado pela autora como um período de transição para as mulheres; já a idade dos pacientes do sexo masculino, a maioria se concentra entre os 25 e 35 anos, idade onde há maior uso de drogas. Quanto às profissões ocupadas pelos pacientes antes de sua internação demonstram profissões de menor prestígio e remuneração na sociedade, relacionando-se assim ao fator sócio-econômico na análise de condições de saúde mental. São essas informações apresentadas no censo realizado pela autora que podemos relacionar com a dimensão sócio-política de desigualdades sociais em saúde mental. Todavia, cabe destacar que não atende a totalidade da dimensão, por se constituir uma constatação de dados, e não uma análise que tenha como objetivo retratar as desigualdades sociais que possam estar presentes.

Outro aspecto de desigualdade social que identificamos poder influenciar nas condições de saúde mental da população é a organização do trabalho, os processos de trabalho e as condições de trabalho. Nesse sentido quatro trabalhos foram apresentados, um deles se refere ao trabalho de modo geral, os outros três referem-se a categorias profissionais.

Santos e Duarte (2004) realizam seu estudo em torno da organização do trabalho e da saúde do trabalhador, entendendo a organização do trabalho como se constituindo do processo de trabalho e das relações de trabalho. Dependendo de sua estruturação, esses podem contribuir para um desgaste físico e mental inicialmente caracterizada pela fadiga, podendo

culminar no sofrimento mental. Isso ocorre, segundo os autores, no momento em que o trabalhador não consegue mais realizar os seus objetivos individuais na relação com os objetivos da empresa. O transtorno mental surge quando a história psíquica do indivíduo não se relaciona mais com a história da sociedade, quando as coisas começam a não fazer mais sentido, ocorre um tipo de ruptura entre a subjetividade e a objetividade, um divórcio entre o eu e o outro.

Diante disso algumas estratégias são tomadas pelas empresas, no sentido de dar espaço as possibilidades de cada empregado, e pelos trabalhadores, como formas de defesa e resistência, como por exemplo, a prática de atividades que lhes dão prazer nas horas de folga.

O trabalho de Pinto e Neve (2000) representa uma análise entre as categorias trabalho, saúde e saúde mental entre os motoristas de ônibus da cidade de João Pessoa – Paraíba. Inicialmente discute as transformações do mundo do trabalho e da forma como se mobiliza a subjetividade dos motoristas de ônibus, no tocante a sua saúde e vivências de prazer e sofrimento. Conclui, também, que as condições e a organização do trabalho dos motoristas são favoráveis ao aparecimento de doenças e desgaste no aparelho psíquico.

Os autores apresentam como pano de fundo para a análise o capitalismo e suas formas de se reproduzir, suas mudanças devido a reestruturação nas formas de produção, o aumento do desemprego e do subemprego. Para analisar a noção de saúde no contexto das relações de trabalho e a forma com que repercute no nível mental nos trabalhadores, apontam para dois elementos: a noção de variabilidade e o papel central que o trabalho realiza na vida das pessoas. A partir disso é fundamental a compreensão do que afeta a saúde mental dos trabalhadores no processo de trabalho, onde os mesmos apontam para as condições de ambiente físico do trabalho; e na organização do trabalho, a divisão do trabalho, o conteúdo das tarefas, o sistema hierárquico, as relações de poder, entre outros.

Também no que diz respeito a análises realizadas sobre categorias profissionais evidenciamos o trabalho de Ferreira (2004), que realiza sua pesquisa com profissionais de enfermagem do Centro de Tratamento Intensivo – CTI – de um hospital universitário. A pesquisa é realizada no sentido de identificar como vem se articulando, objetiva e subjetivamente, o trabalho na vida desses profissionais de enfermagem, identificando o sofrimento psíquico causado pelo trabalho e o prazer no trabalho. A pesquisa explicitou que as más condições de trabalho, o ritmo intenso do trabalho, ausência de reconhecimento, baixos salários, desvios de função, espaço físico pequeno, morte de pacientes e chefes usando formas inadequadas de exigir desempenho, são situações que causam sofrimento psíquico nos profissionais, e apatia, desmobilização e conflitos intra-equipes. Diante das quais, para se proteger os profissionais constroem defesas individuais e coletivas.

Já na produção realizada por Sodré e Fortuna (2004), o que se buscou foi discutir o processo de trabalho como agravante à saúde do trabalhador com diagnóstico de adoecimento mental. A partir dele se identificou, entre os servidores públicos da Universidade Estadual do Rio de Janeiro, que as mulheres são maioria nos diagnósticos de adoecimento mental, e que a maioria se concentra entre a idade de 41 à 50 anos. As autoras colocam que se percebe que as pessoas que são identificadas com algum transtorno psíquico começam a ser tratadas como um problema. Diante de tal situação as autoras colocam que o papel desempenhado pelos profissionais do Serviço Social pauta-se no fortalecimento dos profissionais, contudo, nem todos os profissionais de Serviço Social apresentam-se capacitados para tal função.

Assim, diante dessas produções o que podemos perceber é que elas não apresentam como temática central as desigualdades em saúde, mas conseguem deixar transparecer alguns dados que podem ser analisados nessa perspectiva.



5) Percepções da doença, loucura e saúde mental: essa dimensão aparece em várias produções do CBAS e do ENPESS, contudo não como temática principal. Apareceu para introduzir e localizar outras temáticas, muitas vezes colocando de forma geral como a sociedade lida com a loucura, mas não apresentando relatos de pesquisas que tratam da percepção do PTM e da família sobre a mesma. Portanto, aparece em sua maioria, na trajetória histórica do atendimento ao PTM, para relacionar como as idéias da psiquiatria inseriram-se na sociedade e fizeram construir relação para com a loucura, a doença e a saúde mental. É diante disso que as construções sociais vão sendo formadas e se modificando com o tempo, passando da idéia de doença mental e loucura para um campo de conhecimento intitulado saúde mental.

Nesse sentido, Robaina (2004), aponta para a idéia que se tinha na sociedade em geral, baseada no saber psiquiátrico, que a sociedade desde os tempos de Pinel era vista como fonte de loucura, despertando na mesma a aceitação da necessidade de isolamento como condição de cura. Situação que se modifica com o higienismo, que entende a loucura como capaz de contaminar a sociedade. Como coloca Rosa (1998), enquanto a assistência psiquiátrica estava baseada no modelo hospitalocêntrico tinha um caráter classista explícito, pois era parte das intervenções sociais que buscavam disciplinar e controlar a pobreza. Radocz e Duarte (2004) também trabalham nessa perspectiva e acrescentam que as condições presentes no pós-guerra proporcionaram o questionamento do saber psiquiátrico, o que proporcionou no mundo o surgimento e expansão de novas práticas, onde a loucura deixou de ser uma manifestação tipicamente biológica e mecanicista, para se tornar e ser entendida como um elemento mais amplo, construído historicamente e composta a partir de diversos fatores externos. Assim, segundo os autores, a psiquiatria deixa de ser considerada detentora do saber a cerca da loucura, passando a fazer parte de um conjunto de saberes, intitulado saúde mental.

Como temática central nos trabalhos, e questão da percepção sobre a saúde mental, a doença ou a loucura aparece em dois trabalhos de Vicente (2000,2002), esses fazem parte da mesma pesquisa, porém são trabalhos diferentes. A autora realiza uma análise da percepção da doença mental e da loucura sob os olhos do PTM, por meio de história oral sua trajetória de vida, e história oral dos familiares, associando as histórias com os conceito de subalternidade<sup>3</sup> relacionada à ela.

Na produção realizada por Vicente em 2000, a autora realiza questionário com os PTM considerados graves. Um apontamento em que a autora chega é de que, com os vários anos de luta pela reforma psiquiátrica, a produção sobre saúde mental aumentou, mas poucas são as reais mudanças que se efetivam nessa área. Levando a autora a concluir que sob o ponto de vista dos sujeitos a experiência da pobreza e da exclusão social são variáveis que permanecem inalteradas.

Esse primeiro trabalho de Vicente (2000) realiza uma breve análise de como se dão as políticas públicas no país e a emergência do Terceiro Setor. Posteriormente coloca da importância de investigar a visão que o PTM possui do mundo do trabalho, das relações familiares, do território onde vivem, e de tudo que configura suas histórias de vida. Isso com o objetivo de introduzir novos elementos para a compreensão dos múltiplos fatores que interferem para a manutenção do estado de exclusão desses sujeitos.

Em sua pesquisa apresentada no ano de 2002, Vicente apresenta os resultados das histórias orais dos PTM e seus familiares, tomando por base episódios de vida de quatro irmãos e sua mãe, atendidos por um ambulatório de psiquiatria. O trabalho apresenta uma análise das histórias de vida desses sujeitos como eles a entendem, como entendem os fatos

---

<sup>3</sup> A autora utiliza o termo subalternidade baseado no conceito utilizado por Yasbek: “a subalternidade diz respeito à ausência de poder de decisão, de poder de criação e de direção [...]. A subalternidade faz parte do mundo dos dominados, dos submetidos à exploração e à exclusão social econômica e política” (YASBEK, 1996, p.18).



que aconteceram, as formas como perceberam fatos como gravidez, morte, fome, loucura, diante dos quais constrói suas próprias idéias e entendimentos, e muitas vezes reconstroem o mundo<sup>4</sup>.

Vicente (2002) identifica categorias comuns na vida dos mesmos, experiências de discriminação nas escolas, humilhações nos trabalhos, desqualificação profissional, violência doméstica e violência urbana. A autora possui a preocupação de não apresentar a loucura repetindo conceitos, que nada irão acrescentar na vida dessas pessoas, e de perceber as particularidades na vida e cada sujeito.

Vicente (2002) ainda busca em Freud (1913-1914) e Levi Strauss (1969) situações em outras sociedades que podem ser analisadas em relação a reação da comunidade com a loucura. E coloca o relato apresentado por Freud (1913 –1914 *apud* VICENTE, 2002) sobre os homens que tivessem manuseado um cadáver ou participado de alguma forma de um enterro tornava-se impuro e era praticamente excluído das relações comunitárias como uma metáfora para pensar quando nos relacionamos a loucura, como nos portamos diante de um perigo, um mal que não se sabe bem de onde vem, despertando um escrúpulo , sem justificativa ou fundamento positivo. Assim, segundo Freud o que estaria em questão é o contato com o impuro como medo do infeccioso. Levi Strauss (1969 *apud* VICENTE, 2002) coloca dos rituais tribais religiosos, onde aqueles conscientes de serem objeto de um malfício, assim como seus familiares, sofrem a retração da comunidade, considerando-os mortos ou mesmo perigosos, para os quais se apontam como alternativa e a morte privação de todas as atividades de sua vida. Levi Strauss afirma que essa situação é aceita pelo condenado, e nesse caso a integralidade física não resiste à dissolução da personalidade social.

---

<sup>4</sup> Vicente aponta para a reconstrução do mundo em análise realizada por Freud (1974) na análise do Caso Schreber, onde coloca que o paranoico reconstrói um mundo onde ele possa viver, que deve ser entendido como uma racionalização secundária.

Diante desses relatos, rebuscados por Vicente (2000, 2002), podemos nos remeter à algumas percepções de situações consideradas tabu em algumas tribos, possuem semelhanças com o tratamento dado pela sociedade às questões que envolvem a loucura.

Contudo, apesar da relevância importante que o tema possui para que a ação dos serviços corresponda às demandas dos usuários, pouco está se produzindo na área, em seis anos de eventos, somente dois trabalhos foram apresentados.

Destacamos, ainda, que podemos perceber que não há nenhuma produção que diretamente trabalhe o tema do entendimento pelos próprios PTM e familiares, com o que foi apresentado na dimensão sócio-política e cultural, por Figueiredo e Rodrigues (2003) no primeiro capítulo.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Analisar o que vêm sendo produzido no interior do Serviço Social sobre a saúde mental é um desafio necessário para concretizarmos o nosso objetivo de identificar as perspectivas, tendências e desafios que se colocam para o profissional de Serviço Social nesse campo. Essa análise também se torna importante na medida que permite realizar um mapeamento da extensão e dos limites dessa produção, e também da intervenção do Serviço Social em saúde mental.

Quando nos propomos a analisar as produções dos ENPESS e CBAS, acreditamos que as produções pudessem retratar como pesquisadores e profissionais do Serviço Social estão pensando a intervenção. Assim, rebuscar a história da inserção do Serviço Social no campo da saúde mental nos possibilitou perceber que essa inserção esteve pautada em acontecimentos históricos e políticos dos países em que se inseria, inclusive no Brasil, onde claramente podemos acrescentar a esse fator a forte influência de das tendências internacionais nas políticas públicas e nas formas de atendimento.

A pesquisa empírica foi construída com análise dos 47 trabalhos sobre saúde mental apresentados nos três últimos CBAS e ENPESS possibilitando a construção do perfil dessas produções. Esse perfil retratou que tanto no CBAS quanto no ENPESS as produções aumentaram com o passar dos encontros, e que as produções apresentadas no CBAS superaram praticamente em dobro as apresentadas no ENPESS, fato que como já foi citado no capítulo quatro acontece em virtude do CBAS englobar tanto trabalho de pesquisadores quanto de profissionais, enquanto que o ENPESS restringe-se a trabalhos de pesquisadores em Serviço Social.

A maioria das produções está centrada nas universidades públicas, principalmente na região sudeste, na Universidade Federal do Rio de Janeiro e na Universidade Estadual do Rio de Janeiro. Ainda nesse sentido podemos analisar que grande parte dessa produção é realizada por núcleos de pesquisa, portanto alunos de graduação sob orientação de professores e pesquisadores. Também por alunos de mestrado em andamento, ou mestres apresentando suas dissertações sobre o assunto. Nesse sentido percebe-se que os outros trabalhos são produzidos por profissionais ou pesquisadores de forma esporádica, não apresentando a continuidade que a produções de pesquisadores tendem a dar à pesquisas por alguns anos, ou mesmo a constituição de novas pesquisas a partir daquelas já realizadas.

Também no que diz respeito ao perfil das produções, chamou-nos atenção a falta de informações, em vários trabalhos, da identificação da titulação dos autores. Informação considerada importante quando da realização de uma pesquisa como esta.

Quando analisamos a agenda temática dos trabalhos, a temática discursos e práticas profissionais foi a que reuniu maior número de trabalhos. Essa constatação não demonstrou muita surpresa, em virtude do Serviço Social possuir a intervenção como eixo fundamental do seu trabalho. Esses trabalhos reuniram análises e relatos de experiências de prática em equipes de profissionais em serviços substitutivos, ou oficinas e projetos.

A segunda temática mais apresentada foi os direitos do PTM, seguida pela questão da família, demonstrando à que temáticas estão sendo dado mais ênfase nesse processo de pesquisa e intervenção. É nesse sentido que podemos destacar que temáticas como a relação do Serviço Social com os movimentos sociais e o controle social estão sendo pouco trabalhadas, retratando o fato de que as produções, e portanto, o Serviço Social demonstra muito mais preocupação com a prática nos serviços do que com as ações de defesa dos usuários, familiares e mesmo profissionais.

A análise da agenda temática das produções também nos permite perceber que possuem como grande pano de fundo o processo de reforma psiquiátrica e as mudanças nas políticas públicas e na sociedade dela decorrentes.

Com a realização do breve histórico do campo das ciências sociais na saúde e na saúde mental, percebemos que muitos autores acreditam que a doença, assim como a saúde e a loucura são construções sociais ligadas ao contexto social, histórico e situacional do qual fazem parte sendo, portanto, mutáveis e dinâmicas.

Com base nas produções sobre ciências sociais e saúde mental, procuramos estabelecer o que de social está sendo demonstrado e utilizado como objeto de análise, e a partir disso também objeto de intervenção para o Serviço Social. Nesse sentido identificamos que o social está presente em cinco dimensões sócio-políticas e culturais: ações de defesa e movimentos sociais de usuários, familiares e profissionais, políticas públicas e a reforma psiquiátrica, assistência e os cuidados, desigualdades sociais e percepções sociais da saúde, doença e loucura.

A análise da relação entre os trabalhos apresentados no CBAS e ENPESS em conjunto com as dimensões sócio-políticas e culturais da saúde mental nos possibilitou perceber as produções do Serviço Social de modo geral seguem tendências que são apresentadas nas produções das ciências sociais. Assim como possibilitou perceber sua extensão e limites.

Nesse sentido, a dimensão assistência e cuidados foi bastante trabalhada nas produções do Serviço Social, em virtude de estarem bastante condicionados a práticas profissionais em equipes e no trabalho direto com a família do PTM. A dimensão políticas públicas e reforma psiquiátrica foi trabalhada principalmente com as análises dos serviços substitutivos, fundamentais eixos das políticas públicas, assim como o processo de reforma

psiquiátrica que constitui-se pano de fundo para realização das pesquisas. A dimensão que abrange as ações de defesa e os movimentos sociais de usuários, familiares e profissionais e a dimensão das percepções sociais da saúde, da doença e da loucura, demonstraram pouco interesse no campo do Serviço Social, porque poucos trabalhos as apresentaram como temáticas centrais. O que nos remete à análise de que está se dando menos importância às ações de defesa, e se pensando mais nas práticas cotidianas, talvez em decorrência da já ocorrência da aprovação da Lei de Reforma Psiquiátrica, principal bandeira de luta dos movimentos.

A dimensão desigualdades sociais em saúde mental não foi trabalhada diretamente por nenhum autor do Serviço Social, apareceu em alguns dados de censos de pacientes e trabalhos sobre a relação entre as condições e os processos de trabalho e a saúde mental do trabalhador. Cabe destacar que o Serviço Social tem demonstrado pouca contribuição com essa dimensão social, deixando de analisar questões tão claramente perceptíveis no nosso país como as desigualdades de renda e acesso aos serviços, as desigualdades de gênero, que influenciam nas situações no campo da saúde, entre outros. Questões essas, fundamentais para um profissional que cotidianamente se depara com essas situações.

As tendências que seguem as produções em Serviço Social no campo da saúde mental estão pautadas nas mudanças decorrentes do processo de reforma psiquiátrica em vigor no país. Fato percebido tanto no que diz respeito às questões relacionadas às famílias, às novas práticas em virtude das mudanças no processo de atendimento, onde elencamos desde as mudanças estruturais nos serviços, assim como às mudanças entre a relação de saberes que compõe as práticas e às mudanças na legislação.

Os desafios para o profissional encontram-se no campo das mudanças nas políticas públicas no país, em decorrência do real investimento de recurso público, por meio do poder

governamental nos novos serviços abertos e na assistência necessária para que a família possa ser o principal cuidador do PTM. Portanto, do real investimento de recursos públicos nas novas propostas das políticas sociais, visto que ainda vivemos com a antiga forma de atendimento baseada nos hospitais psiquiátricos e que os serviços substitutivos ainda não atendem à toda população demandatária.

Outro desafio para profissionais e pesquisadores que é perceptível diante dessa pesquisa, é a necessidade de concretização da interdisciplinaridade no trabalho nos serviços, para que os saberes sejam considerados igualmente importantes e que haja a troca necessária entre as diferentes áreas que trabalham nos serviços.

Fica claro, também com essa pesquisa, que em conjunto com as mudanças estruturais dos serviços dos saberes que compõem o campo da saúde mental, há necessidade de mudança das percepções da sociedade em relação à ela. Essas concepções que a sociedade possui são, em grande parte, decorrentes de como as formas de atendimento e a psiquiatria trataram a loucura, e são calcadas de sentimentos como preconceito, exclusão, discriminação e estranhamento. Sentimentos esses, que não dizem respeito às propostas de reforma psiquiátrica que buscam ao contrário, o convívio do PTM com a sociedade, em uma perspectiva de mudanças e transformações tanto no campo político, quanto na consciência da população em sua relação com o PTM.

## REFERÊNCIAS

ALESSI, N. P. OLIVEIRA, A. G. B. de. **Cidadania:** instrumentos e finalidade do processo de trabalho na reforma psiquiátrica. *Ciência e Saúde Coletiva*, 10 (1): 191 – 203. 2005.

AMARANTE, P. (Coord.) **Loucos pela vida:** a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1995.

\_\_\_\_\_. **Novos sujeitos, novos direitos:** o debate em torno da reforma psiquiátrica. *Caderno de Saúde Pública*, 11 (3): 491 – 494, jul.-set. Rio de Janeiro, 1995a.

AMARANTE, P. TORRES, E.E.G. **Protagonismo e Subjetividade:** a construção coletiva no campo da saúde mental. *Revista Ciência & Saúde Coletiva*, 6(1): 73-85. Rio de Janeiro, 2001.

ANGELO, M. V. **Desigualdade Social em Saúde:** componentes sócio-econômicos de determinação da mortalidade infantil em Santa Catarina. Florianópolis, 2002.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo.** Lisboa: Edições 70, 1977.

BASTIDE, R. **Sociologia das doenças mentais.** São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo, 1967.

BLUE, I. **Efeitos isolados e contextuais sobre a saúde mental da população de São Paulo.** *Revista Brasileira de Psiquiatria*. São Paulo, 2000.

BÓGUS, L. YASBEK, M. C. WANDERLEY, M. B. (Org.). **Desigualdade e questão social.** São Paulo: Educ, 2000.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil.** Rio de Janeiro: Expressão e Cultura, 2001.

EULÁLIA, D. MUNHOZ, N. **Trabalho interdisciplinar:** realidade e utopia. *Serviço Social e Sociedade*, nº 51. São Paulo: Cortez, 1996.



FERREIRA, F. **Do isolamento a reinserção social: reflexões e desafios para o Serviço Social.** Florianópolis, 2004.

FERNÁNDEZ, J. H. MITJAVILA, M., **Factores sociales, salud y enfermedad.** In: DIBARBOURE, H. MACEDO, J. C. **Introducción à medicina familiar.** Montevideo: Universidad de La Republica, 1988.

FIGUEIREDO, M.A. de C. RODRIGUES, C. R. **Concepções sobre a doença mental em profissionais, usuários e seus familiares.** Revista Estudos de Psicologia. 2003.

GOFFMAN, E. **Manicômios, prisões e conventos.** São Paulo: Perspectiva, 1974.

GOMES, M.M. **Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico** –experiência de um grupo vivencial. Florianópolis, 2001.

GONÇALVES, L. M. S. R. **Saúde Mental e Trabalho Social.** São Paulo: Cortez, 1983.

IAMAMOTO, M. V. **O Serviço Social na Contemporaneidade: trabalho e formação profissional.** São Paulo: Cortez, 2001.

LIMA, T. C. S. de. **A intervenção profissional do Serviço Social: propondo o debate sobre ações sócio-educativas.** Porto Alegre: anais do ENPESS, 2004.

MACHADO, et. al. **Danação da Norma: medicina social e constituição da psiquiatria no Brasil.** Rio de Janeiro: Graal Ltda, 1978.

MARTINELLI, M. L. **O uno e o múltiplo nas relações entre as áreas do saber.** São Paulo: Cortez, 1995.

MOREIRA, D. **Psiquiatria: controle e repressão social.** Petrópolis: Vozes, 1983.

NOGUEIRA V. M., SIMIONATO, I. **Políticas de Saúde** – do projeto formal à prática concreta. Serviço Social e Sociedade nº44. São Paulo: Cortez, 1994.

\_\_\_\_\_. (Org.). **Dilemas do Mercosul: Reforma do Estado, Direito à Saúde e Perspectivas da Agenda Social.** Florianópolis: Lagoa, 2004.

NUNES, E. D. **Sobre a Sociologia da Saúde.** São Paulo: Hucitec, 1999.

PASSOS, I. C. F. **Cartografia da publicação brasileira da saúde mental: 1980-1996.** psicologia teoria e pesquisa. Brasília, 2003.

ROSA, L. **Transtorno Mental e o cuidado na família.** São Paulo: Cortez, 2003.

SANTOS, N.G. **Do hospício à Comunidade: Políticas Públicas de Saúde Mental.** Florianópolis: Letras Contemporâneas, 1994.

SOUZA, W. da S. **Associações Cíveis em Saúde Mental no Rio de Janeiro: democratizando os espaços sociais.** Caderno de Saúde Pública, 17(4): 993-939, jul.-ago. Rio de Janeiro, 2001.

TENÓRIO, F. **A reforma psiquiátrica brasileira, da década de 80 aos dias atuais: história e conceito.** História, Ciência e Saúde – Manguinhos, vol. 9(1) 25-59, jan.-abr. Rio de Janeiro, 2002.

VASCONCELOS, E. M. **Saúde Mental e Serviço Social: o desafio da subjetividade e da interdisciplinaridade.** São Paulo: Cortez, 2002.

\_\_\_\_\_. **Serviço Social e Interdisciplinaridade: o exemplo da saúde mental.** Serviço Social e Sociedade 54 (XVIII). São Paulo: Cortez, 1997b.

## **ANEXOS**

## **ANEXO A**

## BIBLIOGRAFIA DE ANÁLISE

ATHAYDE, C. P. **(Re) construindo o direito ao trabalho: trabalho protegido para o portador de transtorno mental.** Rio de Janeiro, 2001.

BASTOS, V. M. P., MELLO, T. B. K., SILVA, W. R. M. A. da. **Serviço Social e saúde mental: reflexões a partir do mercado de trabalho do assistente social em Alagoas.** Porto Alegre, 2004.

BERNARDO, M. H de J. **Loucura, família e instituição: um campo de análise.** Goiânia, 1998.

\_\_\_\_\_. **A família sob a ótica dos cuidados: uma experiência em saúde mental.** Rio de Janeiro, 2001.

BERTONI, A. M., et. all. **As oficinas de criação coletiva: construção de uma prática da saúde mental.** Rio de Janeiro, 2001.

BISNETO, J. A. **A inserção do serviço social na saúde mental nos anos 70.** Rio de Janeiro, 2001.

\_\_\_\_\_. **O Serviço Social na área da saúde mental e a reabilitação psicossocial.** Fortaleza, 2004.

BRASILEIRO, J. A. **A saúde mental no Programa Saúde da Família: contribuições do serviço social.** Fortaleza, 2004.

CARDOSO, V. R. PELLIZZARO, I. **A reforma do Estado e a saúde mental.** Fortaleza, 2004.

\_\_\_\_\_. **Direito à saúde e política de saúde mental nos países do mercosul.** Juiz de Fora, 2002.

CARVALHO, D. L. **Lares de acolhimento feminino no Instituto Municipal Juliano Moreira: serviços residenciais terapêuticos em instituição asilar dos anos 90.** Rio de Janeiro, 2001.

CUNHA, P. B. DUARTE, M. J. de O. **Cidadania e Loucura: construindo direitos de inclusão social dos usuários em saúde mental.** Porto Alegre, 2004.

\_\_\_\_\_. **Cidadania e Loucura: construindo direitos de inclusão social dos usuários em saúde mental.** Fortaleza, 2004.

DELGADO, P.G. et alli. **Perfil dos paciente psiquiátricos de longa permanência de internações repetidas do Estado do Rio de Janeiro.** Rio de Janeiro, 2001.

DIAS, M. T. G. **A construção de indicadores de avaliação de serviços de saúde mental.** Juiz de Fora, 2002.

\_\_\_\_\_. **Construindo coletivamente indicadores de avaliação de serviços de saúde mental.** Brasília, 2000.

DUARTE, M. J. de O. **cartografia do cuidado em saúde mental: micropolítica da ética do acolhimento à diferença em instituições comparadas.** Rio de Janeiro, 2001.

\_\_\_\_\_. **O campo psicossocial: subjetividade e cotidiano nos novos modelos técnicos assistenciais na saúde mental – o estado da arte e da pesquisa.** Fortaleza, 2004.

\_\_\_\_\_. **Os cuidados e o cotidiano do cuidado: uma análise da micropolítica do processo de trabalho em saúde.** Goiânia, 1998.

\_\_\_\_\_. **Etnografia na produção do cuidado em saúde mental: por uma micropolítica do trabalho de cuidar.** Juiz de Fora, 2002.

FERREIRA, S. R. V. **Análise do sofrimento psíquico e do prazer no trabalho de profissionais de enfermagem em um centro de tratamento intensivo.** Fortaleza, 2004.

FORTUNA, M. SODRE, F. **A produção da loucura nos espaço de produção do saber.** Fortaleza, 2004.

HAUER, P. **Vou-me embora pra passárgada...** Goiânia, 1998.

LACERDA, B. S. N. DUARTE, M. J. de O. **Um mais um é sempre dois: refletindo sobre o dispositivo grupal na saúde mental – um estudo de caso em serviço.** Fortaleza, 2004.

MEDEIROS, A. S. S. **A prisão perpétua acima da lei: o Serviço Social na luta pelos direitos dos presos doentes mentais.** Rio de Janeiro, 2001.

\_\_\_\_\_. **Prisão perpétua no Brasil (?): a situação do louco infrator.** Fortaleza, 2004.

MENDES, A. M. **Serviços substitutivos em saúde mental no Estado do Pará, período de 1990 a 2002.** Fortaleza, 2004.

NETTO, V. G. DUARTE, M. J. de O. **Cidadania, saúde mental e clínica da reforma psiquiátrica: o desafio da reabilitação psicossocial no cotidiano dos serviços.** Fortaleza, 2004.

NEVES, M. Y. R., PINTO, F. de M. **Trabalho reestruturado e saúde mental: um estudo com motoristas de ônibus de João Pessoa.** Brasília, 2000.

OLIVEIRA, N.G. PEREIRA, P. M. A. RODRIGUES, C. A. SALLES, C. R. VITORINO, M. A. **Conhecendo os serviços de saúde mental em Ipatinga, Coronel Fabriciano e Timóteo – Minas Gerais.** Fortaleza, 2004.

RADOCZ, G. P. DUARTE, M. J. de O. **Refletindo sobre os movimentos de usuários e familiares da saúde mental: atores, saberes e práticas em questão.** Porto Alegre, 2004.

\_\_\_\_\_. **Refletindo sobre os movimentos de usuários e familiares da saúde mental: atores, saberes e práticas em questão.** Fortaleza, 2004.

ROBAINA, C. M. V. **Os desafios do controle social na política de saúde mental no Brasil.** Fortaleza, 2004.

RODRIGUES, M. P. **Serviço Social e Saúde Mental: algumas perspectivas de atuação profissional na atualidade.** Rio de Janeiro, 2001.

ROSA, L. C. dos S. **A prática do assistente social com a família em saúde mental.** Fortaleza, 2004.

\_\_\_\_\_. **Caracterização dos usuários do Hospital Areolino de Abreu – Hospital Psiquiátrico Público do Piauí – Teresina.** Goiânia, 1998.

\_\_\_\_\_. **O impacto do transtorno mental e o provimento na família.** Brasília, 2000.

\_\_\_\_\_. **O impacto do transtorno mental e o provimento na família.** Rio de Janeiro, 2001.

SANTOS, A. de S. **Serviço social em equipe multidisciplinar: experiência de trabalho grupal em idosos no ambulatório de psiquiatria do Hospital Universitário Pedro Ernesto.** Goiânia, 1998.

SANTOS, F. P. DUARTE, M. J. de O. **A organização do trabalho e saúde mental no trabalho: a questão do sofrimento e do desgaste dos trabalhadores.** Porto Alegre, 2004.

SENDRA, D. S. DUARTE, M. J. de O. **A multiplicidade dos significados sociais e o cuidado na saúde mental.** Porto Alegre, 2004.

\_\_\_\_\_. **A multiplicidade dos significados sociais e o cuidado na saúde mental.** Fortaleza, 2004.

SILVA, M. S. **Assistência social e saúde mental: a construção de parcerias no atendimento ao morador de rua com sofrimento psíquico.** Fortaleza, 2004.

SOUZA, J. M. de. **Saúde mental no município de Campina Grande a partir do usuário e familiar.** Fortaleza, 2004.

VICENTE, D. P. **Introdução à categoria subalternidade e saúde mental.** Brasília, 2000.

\_\_\_\_\_. **Subalternidade e Loucura.** Juiz de Fora, 2002.



## **ANEXO B**

	AUTOR	TITULAÇÃO	TITULO	INSTITUIÇÃO	NATUREZA DO TRAB.	ANO
01	Dameres Pereira Vicente	Mestranda em SS - PUC - SP	Introdução à categoria subalternidade e SM	PUC (Ambulatório de SM Vila Basilândia)	Relato de pesquisa em andamento	2000
02	Miriam Thais Gutteres Dias	Mestre em SS – PUCSP/ especialista em SM coletiva - UFSM RS – professora adjunta da UNISINOS RS Coordenadora da Política de atenção integral à SM – secretaria de Saúde RS	Construindo coletivamente indicadores de avaliação de serviços de SM	Realizou enquanto coordenadora de SM	Relato de pesquisa em andamento	2000
03	Lucia Cristina dos Santos Rosa	Mestre - doutoranda em SS pela UFRJ – professora adjunta UFPI	O impacto do transtorno mental e o provimento na família	UFRJ (HAA – Piauí)	Resultado de pesquisa	2000
04	Francinaldo de Monte Pinto Mari Y. R. Neves	Mestre em SS Doutora em ciências da Saúde UFRJ – professora do departamento de psicologia UFPB	Trabalho reestruturado e SM: um estudo com motoristas de ônibus de João Pessoa	UFPB	Resultado de pesquisa	2000
05	Miriam T. G. Dias	Mestre em SS – PUCSP/ especialista em SM coletiva - UFSM RS – professora adjunta da UNISINOS RS Coordenadora da Política de atenção integral à SM – secretaria de Saúde RS *	A construção de indicadores de avaliação de serviços de SM	Coordenadora de SM – Secretaria de Saúde do RS	Resultado de pesquisa	2002
06	Marco José do Oliveira Duarte	Não informa	Etnografia na produção do cuidado em SM: por uma	Não informa	Resultado de pesquisa	2002

			micropolítica do trabalho de cuidar			
07	Dameres Pereira Vicente	Mestre	Subalternidade e Loucura	UFRJ	Resultado de pesquisa	2002
08	Inês Pellizzaro Vanessa Raquel Cardoso	Não informa	Direito à saúde e a Política de SM nos países do mercosul	Não informa	Resultado de pesquisa	2002
09	Débora Salazar Sendra Marco J de O Duarte	AS bolsista de apoio técnico (CNPq) – especialista em SM (SMS – RJ) Mestre em SS – doutorando em S Coletiva (UNICAMP). Prof. Assistente e pesquisador da faculdade de SS - UERJ	A multiplicidade dos significados sociais e o cuidado na SM	UERJ (CAPS-I, APACÓJUM)	Resultado de pesquisa	2004
10	Fabiana Paschoal dos Santos Marco J O Duarte	Assistente Social, ex-pesquisadora de iniciação científica Idem	A organização do trabalho e SM no trabalho: a questão do sofrimento e do desgaste dos trabalhadores	UERJ	Ensaio teórico	2004
11	Marco J de O Duarte	Idem	O campo psicossocial: subjetividade e cotidiano nos novos modelos técnicos assistenciais na SM – o estado da arte e da pesquisa	UERJ	Ensaio teórico	2004
12	Gisele P. Radocz Marco J de O D.	Bolsista de pesquisa – CNPq Idem	Refletindo sobre o movimento de usuários e familiares da SM: atores,	UERJ	Ensaio teórico Resultado de pesquisa bibliográfica	2004

			saberes e práticas em questão			
13	Patrícia Barros Cunha Marco J. de O. Duarte	Bolsista de pesquisa CNPq Idem	Cidadania e Loucura: construindo direitos e inclusão social dos usuários em SM	UERJ	Resultado de pesquisa	2004
14	Thais K B de Mello Vania M P Bastos Wedja M R A da Silva	Assistentes Sociais, ex-bolsistas de pesquisa CNPq	SM e SS: reflexões a partir do mercado de trabalho do AS em Alagoas	UFAL	Resultado de pesquisa	2004
15	Lucia Cristina dos Santos Rosa	Doutoranda	Caracterização dos usuários do Hospital Areolino de Abreu – H. psiquiátrico público do Piauí - Teresina	UFRJ HAA - Piauí	Resultado de pesquisa	1998
16	Priscila Hauer	Não informa	Vou-me embora para passárgada...	UERJ CPP II	Relato de Experiência Profissional	1998
17	Marco J. de Oliveira Duarte	Não informa	Os cuidados e o cotidiano do Cuidado: Uma análise da micropolítica do processo de trabalho em saúde	UERJ	Resultado de pesquisa	1998
18	Adriana de Souza Santos	Graduada	SS em equipe multidisciplinar: experiência de trabalho grupal com	HUPE - UERJ	Relato de experiência profissional	1998

			idosos no ambulatório de psiquiatria do H. Universitário Pedro Ernesto			
19	Maria Helena de Jesus Bernardo	Mestranda da PUC - RJ	Loucura, família e instituição: um campo de análise	PUC	Relato de pesquisa em andamento	1998
20	Ana Lucia G da S Gastaudt Arlene M Bertoni Lenara L Stelmack M Manuela a Valente Nilza M Bertoni	Não informa	As oficinas de criação coletiva: construção de uma prática da SM	UFPEL - HU	Relato de experiência profissional	2001
21	Carvalho, D.L.	Não informa	Lares de Acolhimento Feminino do Instituto Municipal Juliano Moreira: Serviços Residenciais Terapêuticos em Instituição Asilar dos anos 90	UFRJ	Resultado de pesquisa	2001
22	Marco J de O Duarte	Não informa	Cartografia do cuidado em SM: micropolítica da ética do acolhimento à diferença em instituições comparadas	UERJ	Resultado de pesquisa	2001

23	Mavi Pacheco Rodrigues	Não informa	SS e SM: algumas perspectivas de atuação profissional na atualidade	Não informa	Ensaio teórico	2001
24	José Augusto Bisneto	Não informa	A inserção do SS na SM nos anos 1970	UFRJ	Ensaio teórico	2001
25	Maria Helena de Jesus Bernardo	Mestre em SS	A família sob ótica dos cuidados: uma experiência em SM	UERJ - HUPE	Resultado de pesquisa	2001
26	Andréa dos Santos Silva Medeiros	Não informa	A prisão perpétua acima da lei: o SS na luta pelos direitos humanos dos presos doentes mentais	HCTP – campo de estágio da UFF	Relato de experiência profissional	2001
27	Pedro G. Delgado Luciana Caliman Daniely S. de Viveiros Paula Dias Felix	Não informa	Papel dos pacientes psiquiátricos de longa permanência de internações repetidas do Estado do Rio de Janeiro	Não informa	Resultado de pesquisa	2001
28	Christiane Pessanha de Athayde	Graduada	(Re) construindo o direito ao trabalho: o trabalho protegido para o PTM	UERJ	Ensaio teórico	2001
29	Neide G. de Oliveira Carla A Rodrigues Cláudia R. Salles Maria A Vitorino Palmira M A Perreira	Não informa	Conhecendo os serviços de SM em Ipatinga, Coronel Fabriciano e Timóteo – Minas Gerais	Não informa	Resultado de pesquisa	2004

30	Marta Borba Silva	Não informa	Assistência Social e SM: a construção de parcerias no atendimento ao morador de rua com sofrimento psíquico	ARS – Prefeitura Municipal de Porto Alegre	Relato de experiência profissional	2004
31	Joselita Alves Brasileiro	Não informa	A SM no programa saúde da família: contribuições do SS	PSF – Campina Grande – Bairro Pedregal	Relato de experiência profissional	2004
32	Ana Maria Pires Mendes	Mestranda em Sociologia UFPA	Serviços Substitutivos em SM no estado do Pará, período de 1990 à 2002	UFPA	Resultado de pesquisa	2004
33	Inês Pellizzaro Vanessa Raquel Cardoso	Não informa	A reforma do Estado e a RM	FURB / UFSC / UNISINOS/ Faculdade do Uruguai	Resultado de pesquisa	2004
34	Lucia Cristina dos Santos Rosa	Não informa	A prática do assistente social com a família em SM	Não informa	Resultado de pesquisa	2004
35	Conceição Maria Vaz Robaina	Não informa	Os desafios do controle social na política de SM no Brasil	Pref. Municipal do Rio de Janeiro – Secretaria Municipal de Saúde – Instituto Municipal Nise da Silveira	Ensaio teórico	2004

36	Francis Sodré Martha Fortuna	Não informa	A produção da loucura no espaço da produção do saber	UERJ	Resultado de pesquisa	2004
37	Sandra Regina Viegas Ferreira	Não informa	Análise do sofrimento psíquico e do prazer no trabalho de profissionais de enfermagem em um centro de tratamento intensivo	Hospital Universitário Lauro Wanderley	Resultado de pesquisa	2004
38	Viviane Gomes Netto Marco J. de O. Duarte	Graduanda Idem	Cidadania, SM e clínica da reforma psiquiátrica: o desafio da reabilitação psicossocial no cotidiano dos serviços	UERJ	Resultado de pesquisa	2004
39	Bianca Santos Noca Lacerda Marco J. de O. Duarte	Não informa	Um mais um é sempre mais que dois: refletindo sobre o dispositivo grupal na SM – um estudo de caso em serviço	UERJ	Resultado de pesquisa	2004
40	José Augusto Bisneto	Não informa	O SS na área da SM e a reabilitação psicossocial	UERJ	Ensaio teórico	2004
41	Janilene Monteiro de Souza	Não informa	SM no município de Campina Grande a partir do usuário e familiar	Não informa	Resultado de pesquisa	2004



42	Andréia Santos Silva Medeiros	Não informa	Prisão perpétua no Brasil (?): a situação do louco infrator	PUC	Resultado de pesquisa	2004
----	-------------------------------	-------------	---	-----	-----------------------	------

OBS: NÃO ESTÃO EXPOSTOS AQUI UMA PRODUÇÃO QUE SE REPETE DO ENPES DE 2000 PARA O CBAS DE 2001, QUAL SEJA:

- O IMPACTO DO TRANSTORNO MENTAL NA FAMÍLIA - Lucia Cristina dos Santos Rosa;

E OS QUATRO ANAIS QUE SE REPETEM DO ENPES 2004 PARA O CBAS 2004 QUAIS SEJAM :

- A MULTIPLICIDADE NOS SIGNIFICADOS SOCIAIS DO CUIDADO EM SM – Débora Salazar Sendra
- O CAMPO PSICOSSOCIAL: SUBJETIVIDADE E COTIDIANO NOS NOVOS MODELOS TÉCNICO-ASSISTENCIAIS NA SM – O ESTADO DE ARTE DA PESQUISA – Marco José de Oliveira Duarte
- REFLETINDO SOBRE O MOVIMENTO DE USUÁRIOS E FAMILIARES DA SM: ATORES, SABERES E PRÁTICAS EM QUESTÃO – Gisele Paula Radocz, Marco José de Oliveira Duarte
- CIDADANIA E LOUCURA: CONSTRUINDO DIREITOS E INCLUSÃO SOCIAL DOS USUÁRIOS DE SM – Patrícia Barros, Marco José de Oliveira Duarte

TOTALIZANDO PORTANTO 38 PRODUÇÕES.

	PUBLICAÇÃO	ANALISE DO SS	TEMATICA	UNIDADES DE ANALISE	REFERENCIAL TEÓRICO
01	ENPESS	Sim	Aspectos culturais da loucura	PTM (ambulatório de SM de Vila Basilândia – gov. do estado de SP)	Karl Marx / Maria Carmelita Yasbeck / Iamamoto Raul de Carvalho / tem mais
02	ENPESS	Não	Construção de indicadores de análise (indicadores sociais de avaliação)	Serviços de SM da região metropolitana de Porto Alegre	Teixeira / Dias / Draibe / Vasconcelos / Cano / Legislação estadual / tem mais
03	ENPESS	Não	Impacto do transtorno mental na família (Famílias)	Famílias de baixa renda usuárias do Hospital Areolino de Abreu- Piauí – 1999 (PTM grave)	Badinter / Amarante / Lima / Melman / Pontes / Teixeira / Tsu / Chodorow / Almeida / Fausto / Boff / Vasconcelos/ Duarte
04	ENPESS	Não	SM ocupacional	Categoria profissional: motoristas de ônibus de João Pessoa	Hanguete / Neves / Sttrans / Antunes / Athayde / Buomfiglio / Canguilhem
05	ENPESS	Não	Análise e formulação de indicadores (indicadores sociais de avaliação)	Serviços de SM da região metropolitana de Porto Alegre	OMS / carvalho / Caminha / Armani / Chen e Franco / Dias / Fagundas / Cavalcante / Pitta / Rico / Legislação estadual / Testa
06	ENPESS	Sim (dentro da equipe)	Discursos e práticas profissionais	Profissionais em instituição psiquiátrica no Rio de Janeiro	Carapinheiro / Merhy / Amarante (não apresenta bibliografia)
07	ENPESS	Não	Aspectos culturais da loucura	PTM graves	Gramsci, Freud, Lacan, Levi Strauss (tem mais na Bibliografia)
08	ENPESS	Não	Direitos do PTM	Legislação e política nos	Amarante / legislações

				países do mercosul	dos países / pesquisa on line
09	ENPESS	Não	Família e cuidado do PTM	Famíliares e usuários do CARS –I Eliza Santa Rosa e Amigos do Complexo Juliano Moreira	Rodrigues / Rosa / Vasconcelos
10	ENPESS	Não	SM ocupacional	Trabalhadores (não específica)	Borges / Carvalho / Codo / Dejours / Seligman – Silva / Tavares
11	ENPESS	Sim	Análise dos pontos de vista teóricos e práticas de intervenção em SM (discursos e práticas profissionais)	Serviços públicos de SM do Rio de Janeiro	Canguilhem / Caponi / Carapinheiro / Merhy / Rinaldi / Tenorio / Vasconcelos / Zenoni
12	ENPESS	Não	Movimento dos usuários e familiares (movimentos sociais)	História dos movimentos	Amarante / Bernardo / Bezerra Jr / Desviat / Ferreira / Melman / Mendes / Rosa
13	ENPESS	Não	Cidadania e direitos	Profissionais do CAPS	Birman / Delgado / Hollanda Kinhosita / Marshall / Marsiglia / Santos / Tenorio
14	ENPESS	Sim	SM como campo de trabalho – mercado de trabalho do AS	Mercado de trabalho dos assistentes sociais de Alagoas	Bisneto, Bravo, conferencia nacional, Iamamoto e Carvalho, Netto, Rodrigues, Trindade, Vasconcelos
15	CBAS	Sim	Perfil do PTM (prática profissional)	Usuários do hospital Areolino de Abreu – Piauí	Amarante, Castel, Duarte, Resende, Stolkner, Vasconcelos, Venâncio.
16	CBAS	Não	Prática profissional	Serviço substitutivo	Machado

				(projeto Republica Passárgada)	Robaina Projetos do serviço
17	CBAS	Sim (enquanto equipe)	Discursos e práticas profissionais	Profissionais de instituição psiquiátrica do Rio de Janeiro	Carapinheiro Mery
18	CBAS	Sim (enquanto equipe)	Prática em equipe multidisciplinar	Grupo de idosos – Hospital PTM idosos em grupo no hospital Pedro Ernesto	Beauvour, Bois, D'Amaral, Iamamoto, Veras
19	CBAS	Sim (enquanto equipe)	Família e instituição	Trabalho em SM - Familiares, usuários e profissionais do serviço de psiquiatria do HUPE	Amarante, Áries, Bernardo, Castel, Cooper, Costa, Donzelot, Duarte, Faleiros, Minayo, Neto, Pitta, Posterm Reis, Sarti.
20	CBAS	Sim (enquanto equipe)	Prática em serviços de SM	Usuários (oficinas e trabalho interdisciplinar)	Vasconcelos, Valente, Sá, Pitta, Motta, Foucault
21	CBAS	Não	Serviços residenciais terapêuticos	Usuárias do Lar de Acolhimento - Instituto Municipal Juliano Moreira – Rio de Janeiro	Castel, Amarante, Mito, Iamamoto, Vasconcelos, Keusen, Goffman
22	CBAS	Não	Práticas e Cuidado do PTM (família e profissionais)	Serviços substitutivos do Rio de Janeiro	Carapinheiro Merhy
23	CBAS	Sim	Prática profissional	Prática com a reforma psiquiátrica	Amarante / Castel / Eagleton / Hawey / Iamamoto / Teixeira / Lougou / Neto / Rodrigues / Rotteli /

					Sales / Vasconcelos
24	CBAS	Sim	Serviço Social	Acontecimentos da década de 70	Amarante / Hamilton / Basaglia / Iamamoto / Foucault / Mito / Resende / Gonçalves / Vasconcelos
25	CBAS	Sim	Família e cuidado do PTM	Famílias e usuários da enfermaria psiquiátrica do HUPE	Áries, Castel, Minayo, Mito, Pitta, Rodrigues, Szy, Manski
26	CBAS	Sim	Direito dos PTM presos	Internos do Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico Henrique Roxo – Rio de Janeiro	Carraca, Escorel, Foucault, Goffman, Wacanant, Wiston
27	CBAS	Sim	Discurso e prática nos serviços de SM	Serviços públicos de saúde mental em Ipatinga, Coronel Fabriciano e Timóteo – Minas Gerais	Trabalho coletivo em Saúde com destaque para o trabalho do AS e os pressupostos da Reforma Psiquiátrica. Rosa, Cohn e Elias, Vasconcelos (não tem bibliografia)
28	CBAS	Sim (enquanto equipe)	Condições de vida do PTM morador de rua (prática profissional)	PTM moradores de rua da cidade de Porto Alegre atendidos pelo programa.	LOAS, Foucault, Tomazini, Legislação de Saúde, Ferraz. (não tem bibliografia)
29	CBAS	Sim	Prática em Serviço de SM -Atendimento terapêutico alternativo	PTM – atendidos pelo PSF da área Amarela, bairro Pedregal, Campina Grande – PB	Macedo, Amarante, Legislação (não tem bibliografia)
30	CBAS	Não	Serviços substitutivos em SM	Usuários, familiares e profissionais do CAPS - Cremação e Hospital Dia do estado do Pará	Foucault, Minayo (não tem bibliografia)
31	CBAS	Não	Direitos do PTM	Serviços de SM de	Simionato, Lobosqui,

				Blumenau – SC	Alves, Sgritta (não tem bibliografia)
32	CBAS	Sim	Prática profissional com a família	Profissionais de nível superior das equipes dos Hospitais Dia do Piauí	Vasconcelos, Silva, Legislação, Amarante, Brushini, Preira (não tem bibliografia)
33	CBAS	Não	Controle social e SM	Usuários e familiares	Bravo, Pereira, Amarante

## ANEXO C

## **VII ENPESS – ANO 2000**

### **Introdução ao estudo da categoria subalternidade e doença mental**

Damareis Pereira Vicente

- ❖ “Estuda a relação entre subjetividade e doença mental, tendo como substrato pesquisa de campo e bibliográfica, concluindo pela necessidade de pesquisa qualitativa através de metodologia de história oral para demonstrar o valor dessa temática para o deslindamento do cotidiano dos processos de exclusão”;
- ❖ Começa citando o socialismo, dizendo querer referir-se a ele no sentido de abordar o projeto latente no sonho dos homens por uma sociedade justa e igualitária;
- ❖ Baseia-se em teóricos, mas também nas histórias de vida dos PTM, no caso, de PTM considerados graves e incapacitados, que trazem em sua história de vida a categoria subalternidade;
- ❖ Coloca algumas mudanças com a Reforma Psiquiátrica, mas que do ponto de vista dos sujeitos, no que diz respeito a construção de uma identidade social, as variáveis que permanecem inalteradas são a experiência da pobreza e da exclusão social;
- ❖ Usa categorias como miséria e opressão imposta pela ordem política vigente;
- ❖ Modelo manicomial convive com os serviços abertos;
- ❖ Falta especialidades médicas no atendimento à população nos postos de saúde;
- ❖ Hoje busca-se alternativas no campo da reabilitação psicossocial, o que por muitas vezes vem sendo feito por organizações do Terceiro Setor – a autora faz uma análise crítica dessas organizações.
- ❖ Coloca que as políticas estruturais e conseqüentemente as sociais e de saúde, vão desenhar as condições nas quais historicamente se dão a vida e a saúde de uma população;

### **Construindo coletivamente indicadores de avaliação de serviços de saúde mental**

Miriam Thais Guterres Dias

- ❖ “A pesquisa consiste na aplicação de indicadores quantitativos e qualitativos sobre as características e o funcionamento dos serviços de saúde mental existentes nos municípios da região metropolitana de Porto Alegre, com o propósito de validar e



pactuar sobre os indicadores para avaliação dos mesmos. Os vinte anos de Reforma Psiquiátrica no Brasil, que instalou uma nova égide de ao portador de sofrimento psíquico pautada na cidadania, integralidade e participação, e a Lei da Reforma Psiquiátrica do RS, são os pressupostos do tema de avaliação de pesquisa”;

- ❖ Pesquisa em andamento;
- ❖ Faz um breve histórico do atendimento por meio das políticas de saúde, das mudanças no modelo assistencial, da legislação nacional e estadual (RS);
- ❖ Análise da relação do Estado com as diretrizes de descentralização e municipalização;

### **O impacto da transtorno mental e o provimento do cuidado na família**

Lucia Cristina dos Santos Rosa

- ❖ “A questão central desta pesquisa é compreender de que modo a família responde às demandas de provimento de cuidado e ao convívio com o PTM. Tem por objetivo analisar o impacto econômico e subjetivo provocado por este transtorno mental, grave, no conjunto familiar. Para tanto constituiu unidade de análise as famílias dos segmentos de baixa renda residentes no Estado do Piauí e usuárias do Hospital Areolino de Abreu durante o ano de 1999”;
- ❖ Faz um breve histórico da história do “louco” e da relação familiar (como a família é entendida, que participação tem no cuidado do PTM), partindo da sociedade moderna burguesa, até os dias da realização da pesquisa;
- ❖ Remete a questão do gênero no cuidado, e as mudanças que aconteceram no mercado de trabalho e no âmbito doméstico das mulheres;

### **Trabalho reestruturado e saúde mental: um estudo com motoristas de ônibus de João Pessoa**

Fancinaldo do Monte Pinto

Mary Yale Rodrigues Neves

- ❖ “Investiga a relação entre a saúde, trabalho e SM dos motoristas de ônibus de João Pessoa (PB). Adota um enfoque teórico metodológico que discute as

transformações do mundo do trabalho e da forma como se mobiliza a subjetividade dos motoristas de ônibus, no tocante a sua saúde e vivências de prazer e sofrimento. Mediante visitas e observações in loco, verifica se as condições e a organização do trabalho dos motoristas são favoráveis ao aparecimento de doenças e desgaste no aparelho psíquico”;

- ❖ No referencial teórico faz menção ao capitalismo e suas formas de reproduzir-se, suas mudanças devido a reestruturação nas formas de produção. Cita os modelos fordista e taylorista, seguidos do modelo japonês ou toyotista. Cita também as consequências com desemprego, subemprego.
- ❖ Para analisar a noção de saúde no contexto das relações de trabalho e a forma com que repercute a nível mental nos trabalhadores, analisa dois elementos, a noção de variabilidade, e o papel central que o trabalho realiza na vida das pessoas;

## **VIII ENPESS – ANO 2002 – CIDADE: JUIZ DE FORRA**

### **A construção de indicadores de avaliação de serviços de saúde mental**

Miriam Thais Gutteres Dias

- ❖ Realizado na região metropolitana de Porto Alegre, na 1ª Coordenadoria Regional de Saúde.
- ❖ Objetivos específicos: a) aplicar indicadores sobre as características e o funcionamento de serviços de SM existentes nos municípios da 1ª Coordenadoria Regional de Saúde; b) pactuar entre o gestor estadual e gestores municipais sobre a validação de indicadores para a avaliação de serviços de SM; c) elaborar um manual de orientação para funcionamento e avaliação de serviços de SM;
- ❖ Resultados: a) conjunto de 18 indicadores de avaliação de serviços de natureza ambulatorial de SM, modalidade de atenção na política pública em vigor no Brasil na última década; b) orientação para funcionamento dos serviços de SM, construídos teoricamente;
- ❖ O estudo aborda somente o primeiro resultado;
- ❖ Fundamentos do estudo: faz um breve histórico da Reforma Psiquiátrica, sendo que conclui e justifica a pesquisa dizendo que uma década depois da implementação

dos novos serviços não houve nenhuma avaliação; Também aponta como fundamento a necessidade de pesquisas que orientem as formas de ação;

- ❖ O processo investigativo se deu com a participação dos gestores, onde foram analisados: formulário de caracterização de serviços de SM, questionário sobre características sócio-demográficas e tratamento, e entrevista semi-estruturada sobre processos de trabalho em equipes;

### **Etnografia na produção do cuidado em saúde mental: por uma micropolítica do trabalho de cuidar**

Marco José de Oliveira Duarte

- ❖ Analise dos discursos do fazer e das práticas presentes no cotidiano da produção do cuidado em uma instituição psiquiátrica no Rio de Janeiro;
- ❖ Análise dos processos de trabalho e produção do cuidado em SM presentes e diversos na complexidade do cenário dos equipamentos técnico-assistenciais investigados, tendo como eixos os princípios da Reforma Psiquiátrica e o contexto heterogêneo no campo da SM;
- ❖ Cuidados dos profissionais, velhas e novas práticas terapêuticas operando no mesmo terreno socio-institucional - diversidade de saberes e práticas presentes na produção do cuidado;
- ❖ Faz uma análise baseado nos relatos dos profissionais de equipes sobre os processos de trabalho, sobre o predomínio do saber médico, da aceitação pelos demais profissionais pela medicalização (aqueles mesmos que são contra o modelo hospitalocêntrico), do cuidado não ser mais especificidade da enfermagem, mas de um campo mais global;
- ❖ Equipes complexificam as práticas assistenciais no cotidiano de fazer o cuidado com os usuários;
- ❖ Fala das percepções dos profissionais sobre o trabalho em equipe;
- ❖ Micropolítica no trabalho do cuidado em SM;
- ❖ Tecnologias leves e leve-duras: acolhimento, escuta, grupos, oficinas;

### **Subalternidade e loucura**

Damarens Pereira Vicente

- ❖ Análise das categorias loucura cultura e subalternidade para compreensão de alguns elementos das histórias de vida de PTM graves;
- ❖ Metodologia: história oral;
- ❖ Histórias de vida de Aparecida, Eliseu, Tereza, Raquel e Rubens: enfrentamento e derrotas frente à pobreza. Ao racismo e à loucura;
- ❖ Questão do cuidado prestado pela mãe;
- ❖ Analisa loucura baseada nos textos de Freud, Lacan, Levi Strauss – faz comparação com tribos;

### **Direito à saúde e a política de saúde mental nos países do MERCOSUL**

Inês Pellizzaro

Vanessa Raquel Cardoso

- ❖ Objetivo: conhecer as formulações legais existentes nos países do Mercosul, em relação aos diferentes atores em saúde, identificando a questão do direito que suscita tais formulações, tanto no seu aspecto amplo, e específicos; Identificar em que medidas vem ocorrendo alterações nas constituições e legislações em saúde, em decorrência da reforma do Estado; Identificar se o discurso sinaliza uma nova contratualidade entre o Estado e a sociedade fortalecendo instâncias de controle social nos processos de decisão e gestão;
- ❖ Pesquisa documental e on line;
- ❖ Brasil: breve histórico do atendimento (isolamento e Reforma Psiquiátrica). Cita Movimento de Luta Antimanicomial: teve importância no legislativo com a luta pela aprovação do Projeto de Lei Paulo Delgado. Cria também estratégias para a implementação de projeto de leis municipais e estaduais;
- ❖ Relata leis e portarias aprovadas no Brasil;
- ❖ A política de SM na Argentina;
- ❖ A política de SM no Uruguai;

## **IX ENPESS – ANO: 2004 – CIDADE: PORTO ALEGRE**

### **A multiplicidade dos significados sociais e o cuidado na saúde mental**

Débora Salazar Sendra

Marco José de Oliveira Duarte

- ❖ Dificuldades enfrentadas pelas famílias no cuidado com o PTM;
- ❖ Estratégias necessárias para que tenha suporte para lidar com o sofrimento psíquico de seu familiar;
- ❖ Como é entendido o cuidado por parte dos familiares e profissionais;
- ❖ Pesquisa realizada no CARS-I Eliza Santa Rosa e Amigos do Complexo Juliano Moreira;
- ❖ Diferentes abordagens da família: num primeiro momento o PTM é excluído da família e institucionalizado, e a família culpabilizada, depois a família é valorizada pelas propostas da Reforma Psiquiátrica;
- ❖ Falta de incentivo do Estado nos serviços abertos, o que sobrecarrega os familiares no cuidado;
- ❖ São criadas novas demandas por novos dispositivos terapêuticos para dar conta das necessidades complexas e abrangentes do cotidiano;
- ❖ Estratégia utilizada: surgimento de movimento dos familiares por busca de uma divisão satisfatória no cuidado do PTM; Empowerment – Vasconcelos. Usuários devem ser tratados com sujeitos;
- ❖ Profissionais também relatam a falta de recursos materiais, humanos, baixos salários;
- ❖ Exclusão do PTM é anterior ao asilamento. Já havia rotulação por parte da sociedade;
- ❖ Reforma Psiquiátrica: preconiza a reabilitação social como forma de cuidado do PTM, mediante respeito das diferenças e incluindo a participação dos familiares e cuidadores;
- ❖ Familiares e usuários são chamados a elaborar iniciativas de ajuda e suporte mútuo;

## **A organização do trabalho e a saúde mental no trabalho: a questão do sofrimento e do desgaste dos trabalhadores**

Fabiana Paschoal dos Santos

Marco José Duarte de Oliveira

- ❖ Tema: organização do trabalho e a saúde do trabalhador. Na organização do trabalho incluem-se o processo de trabalho, e as relações de trabalho e dependendo de sua estruturação podem contribuir para um desgaste físico e mental, inicialmente caracterizada pela fadiga, podendo culminar no sofrimento mental;
- ❖ Acontece como resultado entre o conteúdo das tarefas e o sentido do trabalho para o trabalhador, a não ocorrência da livre divisão, e relações existentes no ambiente de trabalho, irá surgir em alguns casos, desgaste físico e/ou psíquico. Situação que, evoluindo para a fadiga pode resultar em sofrimento mental;
- ❖ Há organizações onde o trabalhador não consegue realizar seus projetos individuais, mas há organizações que contribuem na manutenção da saúde física, mental e social do indivíduo. Contudo são poucas;
- ❖ Quando o trabalhador adoece, é discriminado pela empresa e também pelos colegas de trabalho;
- ❖ Recursos Humanos nas empresas são responsáveis por criar uma “gestão de afetos”, que envolve o trabalhador até nos seus momentos de folga;
- ❖ A doença mental surge quando a história psíquica do indivíduo não se relaciona mais com a história da sociedade, quando as coisas começam a não fazer mais sentido, “ocorre um tipo de ruptura entre a subjetividade e a objetividade, um divórcio entre o eu e o outro”.
- ❖ Para lidar contra essa tensão os trabalhadores criam formas de defesa e resistência, praticam atividades que lhes dão prazer nas horas de folga;
- ❖ Em algumas empresas, trabalhadores originam sistemas sociais coletivos de defesa;

## **O campo psicossocial: subjetividade e cotidiano nos novos modelos técnico-assistenciais na saúde mental – o estado de arte e pesquisa**

Marco José de Oliveira Duarte



- ❖ Objetivo: Recuperar os pontos de referência teóricos e estratégias de intervenção no âmbito das práticas de cuidado nos serviços públicos de Saúde Mental no Rio de Janeiro; análise do papel do SS no contexto do trabalho em equipe que se desenvolve na área da saúde mental; analisar dispositivos básicos que instrumentalizam as novas práticas assistenciais em saúde mental no contexto da Reforma Psiquiátrica brasileira;
- ❖ Faz um retrospecto do processo de origem da Reforma Psiquiátrica, analisando que o novo modelo de serviços convive com o modelo hospitalocêntrico;
- ❖ Fala da estrutura dos serviços abertos no Rio de Janeiro (CAPS etc);
- ❖ Necessidade de transformação dos modos tradicionais de lidar com a loucura;
- ❖ Mudança das categorias “cuidado, cidadania”, escuta e acolhimento”. Duarte faz uma análise de cada uma delas;
- ❖ Analisa o trabalho e o arcabouço teórico que é base para o CAPS, entendendo-o como uma *clínica ampliada*, onde várias profissões trabalham com o cuidar em saúde mental – compartilhamento de competências, de responsabilidades e atividades dos demais profissionais, considerando as diversidades nas formas de cuidar no campo psicossocial;

### **Refletindo sobre o movimento de usuários e familiares de saúde mental: atores, saberes e práticas em questão**

Gisele Paula Radocz

Marco José de Oliveira Duarte

- ❖ Objetivo: discutir sobre o surgimento das organizações de familiares e usuários de saúde mental no Brasil, tendo em vista o contexto político em que emergiam, bem como entender o papel da família sob a ótica do cuidado com o PTM e suas transformações;
- ❖ Contextualiza historicamente a instituição familiar – a família cumpriu diferentes funções.
- ❖ Análise do desenvolvimento das formas de atendimento com as formas de inserção familiar nesse contexto histórico;
- ❖ Com a psiquiatria democrática pode-se dizer que houve, a partir de um aparato assistencial garantido pelo Estado, a concessão do direito ao cuidado e a divisão deste com os novos serviços de saúde mental;

- ❖ Organização de grupos da sociedade civil lutando pela abertura democrática e pela concessão de direitos civis, políticos e sociais – a partir da década de 70; surgem grupos que lutam contra o modelo asilar e excludente de tratamento, como o MTSM – movimento heterogêneo composto por técnicos de várias categorias profissionais que privilegiam a implantação de técnicas transformadoras na forma de lidar com a loucura;
- ❖ Origem dos movimentos se deu em 79, com a criação da SOCINTRA.
- ❖ Também criaram-se grupos que defendem a continuação do instituição asilar para tratamento;
- ❖ Lideranças do MTSM começam a assumir cargos administrativos no interior do Estado;
- ❖ Participação em conferências;
- ❖ Década de 90 há um aumento desses movimentos;

### **Cidadania e loucura: construindo direitos e inclusão social dos usuários em saúde mental**

Patrícia Barros Cunha

Marco José de Oliveira Duarte

- ❖ Objetivo: entender o conceito de cidadania no contexto da Reforma Psiquiátrica brasileira. Importância para os profissionais que trabalham no CAPS, analisando formas de pensar a cidadania que se aproximam e as divergem.
- ❖ O que era cidadania para os gregos;
- ❖ Conceito de Marshall;
- ❖ História da política de atendimento do PTM, e nelas a categoria cidadania;
- ❖ Reabilitação psicossocial – reinserção social – noção de cidadania ligada ao reconhecimento do sujeito na sociedade;
- ❖ Entrevista do que representa a cidadania para os diferentes profissionais;

### **Saúde mental e Serviço Social: reflexões a partir do mercado de trabalho do assistente social em Alagoas**

Thais Karina Guedes B. de Melo



Vânia Maria Passos Bastos

Wedja Maria Rodrigues Alves da Silva

- ❖ Objeto de investigação: atuação do assistente social na política de saúde mental no Estado de Alagoas;
- ❖ Objetivo: contribuir com o debate atual sobre a participação dos AS nas formas contemporâneas de assistência psiquiátrica, hoje marcadas pelo debate e pelas iniciativas em torno da Reforma Psiquiátrica;
- ❖ Análise crítica e reflexiva, que envolveu pesquisa empírica e pesquisa bibliográfica;
- ❖ Toma como ponto de partida a análise da questão social;
- ❖ Analisa a posição do PTM na sociedade, legislação (histórico – sociedade burguesa, segunda guerra mundial, anos 70 e desinstitucionalização, anos 90, até 2001);
- ❖ O resultado de pesquisa é baseado na análise da diferenciação da inserção em instituições públicas e privadas. Analisa as seguintes questões: tempo de inserção, número de profissionais, nível salarial, estágios, conhecimento do Código de Ética, atribuições desenvolvidas, instrumentos de intervenção, realização de pesquisas, avaliação da prática, participação de assistentes sociais em conselhos de direito.

## **IX CBAS – ANO: 1998 – CIDADE: GOIÂNIA**

### **Os cuidados e o cotidiano do cuidado: uma análise da micropolítica dos processos de trabalho em saúde mental**

Marco José de Oliveira Duarte

- ❖ Objetiva o estudo da temática processo de trabalho em saúde, para tanto analisa a micropolítica de trabalho de uma determinada instituição psiquiátrica do Rio de Janeiro, a partir da análise conceitual do termo cuidador, tendo como pano de fundo o cotidiano do trabalho do cuidado, como esfera por excelência das práticas de saúde;

- ❖ Coloca das mudanças advindas com a reforma psiquiátrica, inclusive fazendo menção ao fato de estarem inseridas num movimento de saúde mais amplo da reforma sanitária no Brasil;
- ❖ Faz uma análise de como se dá o trabalho nessa instituição analisando a micropolítica que mantém as tomadas de decisões e as formas de atendimento;

### **Vou-me embora pra passárgada...**

Priscila Hauer

- ❖ Descreve a instituição psiquiátrica Pedro II do Rio de Janeiro e do Centro Comunitário, com o objetivo de relatar o Projeto República de Passárgada. Este projeto trata-se de um local onde residem, por tempo determinado receberam alta hospitalar, mas não tem condições de manter sua subsistência;
- ❖ Descreve como é a estrutura física onde se localiza o projeto, e também o cotidiano. Também como o trabalho da equipe se dá no sentido de um fortalecimento da identidade dos usuários para construir sua vida fora dos muros hospitalares;
- ❖ Coloca da importância das famílias afetivas;
- ❖ Coloca o quê desfavorece o projeto, qual seja estar inserido no interior de uma instituição psiquiátrica;

### **Caracterização dos usuários do Hospital Areolino de Abreu – H. A. A., Hospital Psiquiátrico Público do Piauí – Teresina**

Lucia Cristina dos Santos Rosa

- ❖ A proposta da pesquisa surgiu a partir da revisão de literatura acerca do perfil básico dos usuários dos serviços psiquiátricos e de observação e da observação da pulverização das práticas do assistente social, que, sem ter um eixo comum claramente definido, instiga controvérsias internas ao grupo e frente às outras categorias profissionais, fato que fragilizava sua intervenção;
- ❖ Realiza um breve histórico da política de atendimento no Brasil, relacionam quem eram os trabalhadores que ocupavam os leitos psiquiátricos em cada período;

- ❖ Coloca a importância do SS acompanhar as mudanças no perfil dos usuários dos serviços assistenciais, assim, este trabalho prendeu-se a análise das características predominantes da população psiquiátrica do Hospital Areolino de Abreu, a fim de identificar alterações e significativas em sua composição;
- ❖ Nas considerações finais caracteriza o hospital, e apresenta os dados de origem dos pacientes, idade, estado civil, profissão, número de internações; tipos de distúrbios; concluindo que os serviços de internação integral destinam-se quase exclusivamente para “clientela de risco”, ou “clientela de atenção continuada”, e a internação parcial volta-se principalmente para os casos mais leves (depressão/neurose).
- ❖ Conclui também que há necessidade de novas respostas profissionais, particularmente frente a população crônica, impregnada pela vida institucional, e frente ao avanço neoliberal que tende a jogar a população psiquiátrica na desassistência. Aponta como desafios novas propostas profissionais;

### **Serviço Social em equipe multidisciplinar: uma experiência de trabalho grupal com idosos do ambulatório de psiquiatria do Hospital Universitário Pedro Ernesto/UERJ**

Adriana de Souza Santos

- ❖ Descrição do relato de experiência em equipe multidisciplinar no trabalho intitulado Grupo de Idosos;
- ❖ A autoria acredita que esta é uma proposta que pode ser inserido em outros ambulatórios psiquiátricos, dando margem a criação de trabalhos alternativos do modelo predominante, centrado na conduta médica;
- ❖ Faz uma análise do idoso na sociedade brasileira, e da necessidade de desvinculá-lo da doença, buscando a qualidade de vida;
- ❖ Relata como se dá o contato com os idosos e trabalho multidisciplinar no grupo, preservando as especificidades de cada profissão;
- ❖ Conclui que o grupo possibilita enfrentar os desafios institucionais que se colocam, o que significa ultrapassar o comodismo de alguns profissionais;
- ❖ Conclui também fazendo relato dos resultados alcançados com os idosos; e finaliza colocando que o profissional tem o desafio de ser “interlocutor orgânico de um bloco histórico em transformação”.

## **Loucura, família e instituição: um campo de análise**

Maria Helena de Jesus Bernardino

- ❖ Pesquisa em andamento, apresenta esboço do referencial teórico metodológico e principais eixos de análise;
- ❖ Coloca da emergência dos pressupostos da reforma psiquiátrica, e como o paradigma de desinstitucionalização estabelece uma nova forma de relacionamento com a família quando propõe que o PTM não precisa mais ser isolado. A loucura não é tratada, mas reconstruída. Não há espaço para um único saber, mas troca;
- ❖ A autora não entende a loucura somente em uma única pessoas, mas num interagir de diversos fatores;
- ❖ Aponta conceitos e mudanças na família;
- ❖ Metodologicamente foram realizadas entrevistas e questionários com familiares, usuários e profissionais, baseados nos seguintes eixos: 1- eixo da compreensão da família e do usuário, sua inserção no contexto das determinações sociais; 2- eixo da identificação da rede de assistência, quais leituras e propostas que perfazem o contexto institucional; 3- eixo da compreensão do processo de desinstitucionalização, quais representações e repercussões;
- ❖ Conclui parcialmente que a desinstitucionalização resgata a sutileza marcante em instituição não asilar, pois propõe o desmonte de uma prática contaminada pelo viés do racionalismo médico e a construção de um saber interdisciplinar; recupera o compromisso ético e profissional da categoria do SS, e possibilita a reflexão em torno da questão familiar nos aspectos internos da inserção do PTM na família, e nos aspectos externos, na instituição e na sociedade;

## **X CBAS – 2001 – RIO DE JANEIRO**

### **Perfil dos pacientes psiquiátricos de longa permanência de internações repetidas do Estado do Rio de Janeiro**

Pedro Daniel Delgado

Luciana Caliman

Daniely Silva de Viveiros

Paulo Dias Felix

- ❖ Realiza um censo com pacientes de longa permanência de hospitais psiquiátricos públicos e privados do Estado do Rio de Janeiro;
- ❖ Faz um levantamento de quantos leitos ainda estão sendo utilizados no Estado;
- ❖ Realiza uma análise sobre o número de leitos e número de serviços substitutivos, em contrapartida;
- ❖ Objetiva analisar questões gerais do número de leitos psiquiátricos, e não a vida dos pacientes;

### **(Re) construindo o direito ao trabalho: o trabalho protegido para o PTM**

Christiane Pessanha de Athayde

- ❖ Objetiva apresentar contribuições ao debate a cerca da questão do trabalho protegido – modalidade de trabalho voltado ao PTM – tendo como referência teórica a perspectiva de desinstitucionalização da tradição basagliana, e o conceito de reabilitação psicossocial;
- ❖ O trabalho é entendido como direito e não como terapia;
- ❖ Importância do trabalho para quem realiza: subsistência, auto-estima, autonomia, capacidade contratual, socialização, entre outros;
- ❖ Coloca desafios que hoje se apresentam para a implantação efetiva no Brasil;
- ❖ Conclui que o trabalho protegido é um trabalho adaptado às condições, peculiaridades e à capacidade do PTM;

### **A inserção do Serviço Social na saúde mental dos anos 1970**

José Augusto Bisneto

- ❖ Realiza uma análise da inserção do assistente social na década de 70, pelo grande aumento de contratações que houve, em virtude do aumento do setor privado, e da exigência de equipes multidisciplinares.

- ❖ É também nessa época que o movimento de reconceituação da profissão abrange nas universidades do país. Esse movimento tinha idéias contrárias às da psiquiatria clássica.
- ❖ Diante disso, e da contratação de diversas assistentes sociais pelo governo ditatorial, a prática do assistente social nesse período se deu se forma dúbia no atendimento, e numa indefinição prática e teórica.

### **Serviço Social e saúde mental: algumas perspectivas de atuação profissional na atualidade**

Mavi Pacheco Rodrigues

- ❖ Relata mudanças advindas com a reforma psiquiátrica: desinstitucionalização, serviços comunitários, mudanças no trabalho dos profissionais;
- ❖ Mas a maior dificuldade a autora aponta como sendo como lidar com as pessoas que não conseguem se manter “fora do circuito de internações”. Exigindo intervenções que não podem estar deslocadas da reprodução material dos pacientes;
- ❖ Diante dessas situações há quatro posturas possíveis que negam as demandas postas aos assistentes sociais:
  - 1) Escapismo: quando o profissional se depara uma área complexa, como a loucura e suas formas de tratamento, e acredita que se capacitando de forma semelhante aos profissionais do campo psi vai conseguir atura, por exemplo, especializar-se em terapia familiar.
  - 2) Intervenção profissional marcadamente burocrática e rotineira, assistente social se coloca de reboque nas decisões tomadas pela equipe. Sente-se fracassado no trabalho.
  - 3) Diante da postura anterior torna-se um operador de oficinas.
  - 4) Acolhimento e escuta.
- ❖ Essas posturas não trazem novidade alguma, deixam de lado as reais demandas postas ao SS, porque desconsideram as condições de vida dos usuários, porque para as atividades burocráticas não necessita ter especialização, e porque muitas das ações simplificam demasiadamente as problemáticas que a loucura envolve;

- ❖ Há dois elementos que influenciam essas posturas: ausência de discussão mais aprofundada no interior da reforma psiquiátrica brasileira, e ausência de luta mais sistematizada por programas e políticas que possam dar suporte.
- ❖ A autora acrescenta mais um elemento específico do SS, qual seja a idealização do serviço profissional, que quando deparado com a realidade, o profissional torna-se um “muro de lamentações”, onde as reais demandas não são atendidas. Para tal torna-se necessário um “banho de realidade”;

### **As oficinas de criação coletiva: construção de uma prática em saúde mental**

Ana Lucia Gomes da S. Gastaudt

Arlete Machado Bertoni

Lenara Lamas Stelmake

Maria Manuela A Valente

Nilza Maria Bertoni

- ❖ Historia do atendimento em saúde mental no mundo e no Brasil;
- ❖ Objetivo: efetuar uma avaliação qualitativa do projeto de oficinas de Criação Coletiva, objetivando medir a efetividade das ações de saúde e o grau de satisfação dos usuários e familiares;
- ❖ Alvo do projeto: trabalho da SM, em nível de prevenção terciária, enquanto atividade reabilitadora;
- ❖ Relata o funcionamento das oficinas, seus objetivos, faz uma análise do perfil dos usuários, frequência, a idade, abandono, presença de companheiro, entre outros;
- ❖ Analisa a interdisciplinaridade no atendimento;

### **Lares de acolhimento feminino do Instituto Municipal Juliano Moreira: serviços residenciais terapêuticos em instituição asilar dos anos 90**

Carvalho, D.L.

- ❖ Relata o reordenamento dos serviços que há com a municipalização;



- ❖ Relata lugares em que existem residências terapêuticas no Brasil, e problematiza que elas ainda não estão de acordo com a Lei;
- ❖ Desinstitucionalização é diferente de desospitalização, faz uma análise utilizando períodos históricos e países diferentes;
- ❖ A desinstitucionalização surge no Brasil na década de 70, e é com ela que surgem as necessidades de residências terapêuticas;
- ❖ Descreve a criação do lar de Acolhimento, e o perfil das internas;
- ❖ No discurso dos entrevistados há a concordância da necessidade da desinstitucionalização. Autora faz uma problematização sobre o fato delas poderem se tornar mini asilos;
- ❖ Analisa dizendo que há necessidade de diferentes tipos de residências terapêuticas, e necessidade de reconstrução da rede social;

### **Cartografia do cuidado em saúde mental: micropolítica da ética do acolhimento à diferença em instituições comparadas**

Marco Jose de Oliveira Duarte

- ❖ A reforma psiquiátrica tem colocado na ordem do dia a preocupação com o reordenamento do território dos serviços de SM;
- ❖ Objetos do estudo: análise do processo de trabalho e produção do cuidado em saúde mental, no contexto dos equipamentos técnico-assistenciais, o trabalho em equipe, e a importância do papel da família no cuidados aos usuários;
- ❖ Concluem que os novos paradigmas trazidos pela reforma psiquiátrica ainda não são dominantes no país;
- ❖ Processo de trabalho do SS: desigualdade de poderes frente ao ato de cuidador, devido a correlação de forças em que profissões como o SS demonstram fragilidade diante de profissões como a medicina;
- ❖ Faz uma análise das tecnologias leves e leveduras;
- ❖ Analisa as diferenças e repetições nas práticas do cuidado, tendo como referência uma ampliação dessas práticas e saberes que vem perpassando uma nova concepção de assistir ao outro no seu modo diferente de andar na vida, pela ética do acolhimento a essa diferença;



## **A família sob a ótica dos cuidados: uma experiência em saúde mental**

Maria Helena de Jesus Bernardo

- ❖ Recorte dirigido à família como cuidadora, e ao SS;
- ❖ Família como campo: análise de vários conceitos de família desnaturalizando-a; fala da construção do sentimento como uma atribuição principalmente feminina; coube a mulher o ato de cuidar;
- ❖ Importância de pensar as diferentes formas de família para o trabalho em SM;
- ❖ Análise do cuidador e dos processos de trabalho: cuidadores na família e cuidadores profissionais;
- ❖ Aponta as mulheres, mães e esposas como as principais cuidadoras;
- ❖ A qualidade do vínculo é importante para a reabilitação e a autonomia para o PTM. Na falta de vínculos externos a instituição se torna local de apoio e acolhida;
- ❖ Faz uma análise da importância que os familiares e usuários atribuem ao suporte afetivo e de atenção;
- ❖ Usa do conceito de desfiliação social de Castel, e de usuários-problema de Miotto;

## **A prisão perpetua acima da lei: o Serviço Social na luta pelos direitos humanos dos presos doentes mentais**

Andréa dos Santos Silva Medeiros

- ❖ Relato de projeto implantado pelo SS no Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico Henrique Roxo – Rio de Janeiro;
- ❖ O projeto faz parte de uma frente de trabalho implementada pelo SS que visa resgatar vínculos familiares dos internos que não tem apoio familiar desde que entraram no hospital.
- ❖ Objetiva instrumentalizar a investigação sobre o histórico social do sujeito internado, a fim de articular um sentido sobre a história de vida, a memória, relacionando informações, organizando dados, tecendo uma estrutura lógica para intervir sobre o contexto social de origem;

- ❖ Problematisa a execução de um esquizofrênico numa prisão dos EUA, perguntando de que forma os presos com transtorno mental são tratados, e o que o SS pode fazer quando inserido nessas instituições;
- ❖ Analisa o sistema carcerário no Brasil recorrendo a Goffman;
- ❖ Problematisa o trabalho no hospital dizendo que ele reúne relações encontradas nas prisões e nos antigos manicômios;
- ❖ Analisa artigos do Código Penal que tratam do criminoso PTM;
- ❖ Caracteriza o Hospital Henrique Roxo, mas não faz uma grande análise do projeto, pois diz encontrar-se na fase inicial;
- ❖ Conclui colocando que aqueles pacientes que não tem apoio familiar ficam tanto tempo na instituição que passa a ser como uma prisão perpétua;

Anais igual ao apresentado ao ENPESS de 2000 - O IMPACTO DO TRNSTORNO MENTAL E O PROVIMENTO NA FAMÍLIA – Lucia Cristina dos Santos Rosa

## **XI CBAS – ANO 2004 – FORTALEZA CE**

### **Conhecendo os serviços de saúde mental em Ipatinga, Coronel Fabriciano e Timóteo, Minas Gerais**

Neide Gomes de Oliveira

Carla Angélica Rodrigues

Claudia Regina Salles

Maria Aparecida Vitorino

Palmira Maria Amâncio Ferreira

- ❖ Objetivo: verificar como vem sendo implementados os serviços públicos de SM nos municípios de Ipatinga, Coronel Fabriciano e Timóteo, com vistas a produção de conhecimento acerca da realidade local, e o trabalho do assistente social;
- ❖ Referencial teórico: trabalho coletivo em saúde, com destaque para o trabalho do assistente social e os pressupostos da Reforma Psiquiátrica;
- ❖ Analisa, durante a década de 90, onde se tem privilegiado intervenções interdisciplinares, multidisciplinares e de desinstitucionalização;

- ❖ Faz um breve histórico dos estudos sobre a loucura, fala um pouco de como no decorrer da história deu-se o atendimento no Brasil;
- ❖ Analisa “desafios” dizendo que a apropriação da bibliografia aponta os desafios a serem superados para a implantação de serviços voltados para o PTM, no âmbito da Reforma Psiquiátrica: “esse desafio sabe-se de antemão que envolve todos os trabalhadores desse campo, os políticos/gestores da política, os movimentos sociais ligados a essa área ou de uma forma geral e, implica na implantação do SUS, através de seus programas e projetos que vão desde a atenção primária, passando pela secundária e terciária, bem como da interface com as demais políticas sociais”.
- ❖ Faz menção a legislação para falar um pouco da municipalização;
- ❖ Relata como se estrutura o trabalho nesses municípios;

### **Assistência social e saúde mental: a construção de parcerias no atendimento ao morador de rua com sofrimento psíquico**

Marta Borba Silva

- ❖ Relata trabalho desenvolvido da Prefeitura Municipal de Porto Alegre com a população adulta de rua, na parceria das equipes de trabalho da assistência social e da SM: esta prática objetiva a formação de um vínculo e a construção de possibilidades de melhora nas condições de saúde e assistência dos moradores de rua.
- ❖ O desafio que se coloca era o de romper com a lógica da exclusão e da não-cidadania, ao mesmo tempo, não aderindo ao discurso que simplifica e banaliza referir que “ a pessoa está na rua porque deseja”. Ficar na rua aparece como uma possibilidade, porém a responsabilidade das políticas públicas é poder viabilizar a garantia de direitos, proporcionando atendimentos que busquem efetivamente cumprir com esses princípios.
- ❖ Descreve as equipes de trabalho e sua parceria;
- ❖ Breve relato das diferentes formas de tratamento que a loucura vem recebendo;
- ❖ Desafio para as equipes: elaboração de uma metodologia de trabalho que contemplasse as exigências postas pela realidade na loucura ser trabalhado *in loco*. Desafio também se coloca em dar respostas, enquanto poder pública, as demandas

que são cobradas pela comunidade, gerando sentimentos e acusações de incompetência;

- ❖ Descreve como se dá o trabalho cotidiano;
- ❖ Dificuldades em ampliar parcerias com outros serviços da rede de atendimento;
- ❖ Faz o relato de um caso;

### **A saúde mental no programa saúde da família: contribuições do Serviço Social**

Joselita Alves Brasileiro

- ❖ Breve resgate da política de SM no país;
- ❖ Cita o surgimento dos movimentos dos trabalhadores da saúde;
- ❖ Relata o trabalho de profissionais do PSF, da área Amarela, bairro Pedregal – Campina Grande – PB: a equipe vem construindo um projeto piloto com um grupo de portadores de sofrimento psíquico, e assim também contribuindo com a Reforma Psiquiátrica e a luta anti-manicomial;
- ❖ Pretende-se evidenciar com este trabalho que o tratamento terapêutico alternativo traz inúmeros benefícios ao PTM, reduzindo custos e humanizando o atendimento;
- ❖ Caracteriza o grupo e o bairro;
- ❖ Desafios: realizar trabalho em nível de prevenção, e realizar tratamento terapêutico em serviços comunitários;

### **Serviços substitutivos em saúde mental no estado do Pará, período de 1990 à 2002**

Ana Maria Pires Mendes

- ❖ Objeto: doença mental, voltado para o processo de reforma psiquiátrica no estado do Pará, período de 1990 à 2002;
- ❖ Análise do CAPS e Hospital Dia;
- ❖ Análise centrada em três eixos eleitos a partir de reflexões teóricas e pesquisas empíricas sobre a cultura manicomial, reforma psiquiátrica e serviços substitutivos;
- ❖ Descreve a criação e o modo de funcionamento do CAPS – Cremação e Hospital Dia;
- ❖ Metodologia: pesquisa documental e entrevistas semi-estruturadas com profissionais, coordenadores, familiares e usuários;
- ❖ Na cultura manicomial analisa como “desafio” o preconceito presente na sociedade;

- ❖ Ao processo de reforma psiquiátrica percebem-se aliadas a equipe e as famílias, mas que a família deve ser mais bem informada, tratada e menos culpabilizada;
- ❖ Profissionais colocam a falta de capacitação e supervisão do trabalho em equipe. Escassa articulação entre as formas de organização da sociedade civil com serviços substitutivos;
- ❖ Análise da representação social da reforma psiquiátrica;

## **A Reforma do Estado e a saúde mental**

Inês Pellizzaro

Vanessa Raquel Cardoso

- ❖ Objeto: Saúde da família e direito à saúde a atenção ao Portador de Distúrbios Psíquicos;
- ❖ Reforma do Estado como um dificultador da concretização dos direitos previstos na legislação;
- ❖ Sub – projeto: avaliar na prática com se dá a implantação da política de SM, a partir da Lei 10216/01, e portarias dela decorrentes. Objetivo: analisar processo de implementação da Lei 10216/01 no município de Blumenau; identificar as dificuldades que o gestor municipal encontra para implementar a política de Sm no município, e identificar as mudanças ocorridas no modelo de atenção aos Portadores de sofrimento psíquico, com a publicação da referida lei;
- ❖ Faz um levantamento das limitações para o processo de implantação: falta de informações claras a respeito da operacionalização das diretrizes propostas pela Legislação, falta de recursos financeiros, centralização e todos atendimentos psiquiátricos no CAPS, sem a retaguarda de uma rede articulada de serviços, falta de capacitação dos profissionais da rede básica para atendimento em SM, entre outros;
- ❖ Relata conquistas e avanços da lei; Mudanças na Legislação;
- ❖ Entrevista profissionais do CAPS e gestor municipal;
- ❖ Breve histórico do processo de reforma psiquiátrica;
- ❖ Fala do processo de reforma do Estado e intervenção internacional no país;
- ❖ Fala da família apontada na nova legislação como responsável;

- ❖ Elencar fatores que intervêm na não-efetivação: ausência de rede articulada de serviços comunitários, e equipes de PSF que não desenvolvem ações na área da SM;
- ❖ Aponta desafios e limites para a implementação da Lei 10216/01;

## **A prática do assistente social com a família em saúde mental**

Lucia Cristina dos Santos Rosa

- ❖ Pretende contribuir introdutoriamente para o debate a cerca da contribuição do assistente social na área da SM a partir do seu trabalho junto ao grupo familiar dos PTM, da clinica ampliada e da equipe multidisciplinar;
- ❖ Neste sentido, partiu-se das seguintes indagações: em que medida o assistente social poderá contribuir neste novo processo de trabalho? Como é sua atuação/prática com a família nos serviços de SM? Que qualificações profissionais detem para cada abordagem?
- ❖ Breve histórico de como se deu a inserção do assistente social na SM e no trabalho com a família. Também como a família é entendida em cada momento histórico.
- ❖ Breve histórico da reforma psiquiátrica e como se dava a inserção da família;
- ❖ Relação entre profissionais/serviços de SM e familiares: a família é protagonista da assistência e provedora de cuidados;
- ❖ Analisou-se na pesquisa: 1- a atuação do assistente social com o grupo familiar no serviço de SM; 2- o lugar ocupado pelo assistente social na equipe de SM; 3- as dificuldades na abordagem do grupo familiar;
- ❖ Outros profissionais relatam entender o assistente social como “o profissional da família”, no entanto todas as profissões acabam por abordar as famílias, mas de diferentes formas;
- ❖ Profissionais de serviço social relatam não considerar que haja referencial teórico no interior da profissão que possa basear suficientemente o atendimento ao grupo familiar;
- ❖ Aponta as dificuldades de inclusão da família na abordagem terapêutica dos serviços;



## **Os desafios do controle social na política de saúde mental no Brasil**

Conceição Maria Vaz Robaina

- ❖ Este trabalho trata a loucura como expressão da questão social, buscando compreender na relação com os projetos societários através dos paradigmas que opõe a loucura e a sociedade;
- ❖ Como a sociedade e a loucura são entendidas, como se relacionam em cada momento histórico; faz um breve histórico da política de atendimento;
- ❖ Cita e problematiza a emergência de iniciativas do terceiro setor na área da saúde mental;
- ❖ Relata a importância do controle social pela participação da sociedade civil, das familiares, dos usuários e dos trabalhadores de SM;
- ❖ Elenca algumas questões problemáticas no controle social, encaradas como desafios: 1- a relação com outros movimentos sociais é debilitada em função da relação entre a saúde mental e a sociedade; 2- as organizações dos familiares e usuários tem surgido sobretudo a partir dos serviços ou do incentivo dos profissionais; 3- algumas limitações acontecem na organização autônoma de usuários no Brasil que demandam tutela de técnicos e familiares; 4- usuários e familiares estão subordinados de forma imediata à instituição, o que torna a relação de poder exercida de forma direta;

## **A produção da loucura no espaço de produção do saber**

Francis Sodré

Martha Fortuna

- ❖ Discute como objeto o estudo dos processos de trabalho como agravante à saúde do trabalhador com diagnóstico de adoecimento mental;
- ❖ Pesquisa com servidores atendidos pelo Departamento de Segurança e Saúde do Trabalho da UERJ (DESSAUDE/UERJ);
- ❖ O enfoque se deu a partir das relações de poder no espaço universitário e o processo de adoecimento mental, e a dimensão subjetiva do adoecimento mental relatado pelo S.S.;
- ❖ Considerações finais: constatou-se, com a pesquisa, que mais mulheres do que homens são atendidas com esse diagnóstico, a maioria com idade entre 41 e 50 anos;

- ❖ Conclui-se também que poucos profissionais estão preparados para realizar esse trabalho;
- ❖ Percebe-se que quando o trabalhador adoece, e possui depressão, stress, e ansiedade de difícil tratamento, são consideradas sempre como um problema para o local de trabalho;
- ❖ O S.S. trabalho no intuito de fortalecer o paciente para enfrentar as situações subjetivas que o profissional adoecido irá vivenciar a partir de sua doença;

### **Análise do sofrimento psíquico e do prazer no trabalho de profissionais de enfermagem em um centro de tratamento de terapia intensiva**

Sandra Regina Viegas Ferreira

- ❖ Trata das inter-relações do trabalho com a saúde mental dos profissionais de enfermagem em um Centro de Tratamento Intensivo – CTI – do Hospital Universitário Lauro Wanderley em João Pessoa- PB;
- ❖ A SM no trabalho é um campo de estudo interdisciplinar de importância singular para a análise das situações de trabalho e suas implicações na SM dos trabalhadores (as);
- ❖ Teve a intenção de dar visibilidade ao modo como vem se articulando objetiva e subjetivamente o trabalho na vida dos homens e mulheres, no caso profissionais de enfermagem;
- ❖ Realiza análise de como se encontram as condições de trabalho não são boas, há ritmo intenso de trabalho, ausência de reconhecimento, do trabalho, baixos salários, desvios de função espaço físico pequeno, entre outros;
- ❖ Situações de sofrimento identificadas: morte de pacientes, não reconhecimento do trabalho, chefes usando de formas inadequadas de exigir desempenho, desembocando em apatia, desmobilização e conflitos intra-equipes. As pressões influenciam situações que acontecem até mesmo fora do trabalho;
- ❖ Portanto, produz influência na saúde física e mental dos trabalhadores, que para se proteger, constroem defesas individuais e coletivas;
- ❖ As formas de prazer identificadas foram a conquista de recuperação e alta de um paciente, reconhecimento do trabalho, num sentimento de auto-realização;



## **Cidadania, SM e clínica da reforma psiquiátrica: o desafio da reabilitação psicossocial no cotidiano dos serviços**

Viviane Gomes Netto

Marco José de Oliveira Duarte

- ❖ Estudo da categoria cidadania no contexto da reforma psiquiátrica;
- ❖ Trabalho de campo em instituições (CAPS, Hospitais-Dia, etc) trouxe a análise dos diferentes sentidos de cidadania presentes no campo da saúde mental;
- ❖ Entende-se a tutela ou responsabilidade profissional em contrapartida a autonomia necessária ao usuário;
- ❖ Analisa entrevistas de profissionais;
- ❖ Cabe destacar cidadania como consolidação dos direitos civis, políticos e sociais irrestrita a determinado segmento social, que não recai na questão do sujeito merecedor;

### **Um mais um é sempre mais que dois: refletindo sobre o dispositivo grupal na SM – um estudo de caso em um serviço**

Bianca Santos Noca

Marco José de Oliveira Duarte

- ❖ Refere-se às modalidades de tratamento grupal oferecidas aos pacientes internados na enfermaria da Unidade Docente Assistencial de Psiquiatria do Hospital Universitário Pedro Ernesto – o grupo operativo;
- ❖ Tal atividade foi reavaliada pela equipe e passou a se chamar reunião de Fim de Tarde, e sofreu algumas alterações na sua periodicidade, ampliando a participação da equipe e dos usuários;
- ❖ O grupo visa cumprir uma função terapêutica, baseada na tarefa e no entendimento do paciente enquanto sujeito;
- ❖ Relata o funcionamento do grupo;

### **O Serviço Social na área da reabilitação psicossocial**

José Augusto Bisneto

- ❖ Discute articulações possíveis do SS e as práticas de reabilitação psicossocial conforme propostas da reforma psiquiátrica;
- ❖ Analisa entraves tanto de projetos de SS, quanto de reabilitação psicossocial no contexto da neoliberalismo e de restrições às políticas de saúde pública e assistência social;
- ❖ SS com base no projeto ético político;
- ❖ Discute visões da cidadania e participação social efetivas segundo visões do SS e da SM;

### **Saúde mental no município de Campina Grande a partir do usuário e família**

Josilene Monteiro de Souza

- ❖ Visa contribuir para a compreensão sobre as modificações ocorridas nas ações de saúde, especialmente de SM;
- ❖ Se limita a analisar a política de saúde no município de Campina Grande, em decorrência de queixas dos profissionais em virtude de não saberem o que a população usuária pensa dos serviços;
- ❖ A pesquisa compõe-se de três momentos: 01) análise da questão da política de saúde versus política de SM. 02) considerações a cerca da reforma psiquiátrica no país e em Paraíba. 03) analisa os modos de condução dessas políticas no interior de instituição psiquiátrica particular, conveniada do SUS;
- ❖ Percebeu-se a necessidade dos usuários participarem na reorganização do tratamento;

### **Prisão perpétua no Brasil (?): a situação do louco infrator**

Andréia dos Santos Silva Medeiros

- ❖ Aborda o estabelecimento de fato da pena de prisão perpétua à que o PTM em conflito com a Lei é submetido, seja pelo caráter discriminatório da aplicação das medidas de segurança, seja pela perda de vínculos familiares que suportem a sua saída;
- ❖ O vínculo familiar é necessário para que a saída seja concedida;
- ❖ A questão da superação do crime é sufocada pela sociedade mesmo com as idéias curativas da reforma psiquiátrica. A questão da segurança é mais forte na sociedade;

- ❖ Pesquisa realizada com 16 internos de HCTP, com mais de dez anos de internação;
- ❖ Realiza perfil dos idosos;

#### **MESMOS ANAIS APRESENTADOS NO ENPESS 2004:**

- ❖ A MULTIPLICIDADE NOS SIGNIFICADOS SOCIAIS DO CUIDADO EM SM  
– Débora Salazar Sendra
- ❖ O CAMPO PSICOSSOCIAL: SUBJETIVIDADE E COTIDIANO NOS NOVOS  
MODELOS TÉCNICO-ASSISTENCIAIS NA SM – O ESTADO DEARTE DA  
PESQUISA – Marco José de Oliveira Duarte
- ❖ REFLETINDO SOBRE O MOVIMENTO DE USUÁRIOS E FAMILIARES DA  
SM: ATORES, SABERES E PRÁTICAS EM QUESTÃO – Gisele Paula Radocz,  
Marco José de Oliveira Duarte
- ❖ CIDADANIA E LOUCURA: CONSTRUINDO DIREITOS E INCLUSÃO  
SOCIAL DOS USUÁRIOS DE SM – Patrícia Barros, Marco José de Oliveira  
Duarte